Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok III. Lipiec—Sierpień 1931 Nr 7-8.

Pielęgniarka Polska Nr 7-8

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 7-8

SOMMAIRE:



By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów,** podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . .“



Rok III. Lipiec-Sierpień 1931 Nr. 7-8.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYDAWANE Z ZASIŁKU MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ

WYCHODZI CO MIESIĄC POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

Zasadnicze warunki zakładania i prowadzenia dobrych szkół pielęgniarstwa

(Według raportu Komisji Wychowawczej Międzynarodowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych)

Kilka lat temu Międzynarodowe Stowarzyszenie Pielęgniarek powołało Komisję do opracowania programu dla szkół pielęgniarstwa, którymby mógł służyć jako zasadniczy wzór zarówno dla tych krajów, gdzie pielęgniarstwo oddawna istnieje i rozwija się normalnie, jak również i dla tych, gdzie jest ona dopiero w zaczątku.

Do Komisji weszły przedstawicielki 30 narodowości z przewodniczącą Miss J. M. Stuart, profesorem pielęgniarstwa na wydziale pedagogicznym Uniwersytetu Columbia w Nowym Jorku.

Komisja opracowała nietylko program, lecz również warunki, zapewniające normalne funkcjonowanie szkoły. Program opracowany przez Komisję, to *optimum*, które ma być raczej przewodnikiem orjentacyjnym, a nie regułą i które powinno być dostosowane do potrzeb każdego kraju. Podajemy je poniżej.

Szkolenie pielęgniarek spoczywa na podstawach zawodowych. Ze szkół powinny wychodzić pielęgniarki sumiennie przygotowane do pracy, a więc umiejące pielęgnować chorych i szerzyć zasady higjeny zapobiegawczej, nietylko umiejące zręcznie wykonywać zlecenia i zabiegi, ale również posiadające inicjatywę, inteligencję i poczucie odpowiedzialności.

Trzy są najważniejsze czynniki w programie nauczania: techniczna strona pielęgnowania, wszczepienie i dostarczenie podstaw naukowych i etyki wszechludzkiej i zawodowej.

I. Obowiązki i odpowiedzialność pielęgniarek zawodowych. Pielęgniarka dyplomowana winna być przygotowana do odpowiedzialnej pracy zarówno w szpitalach jak w domach prywatnych, oraz na polu medycyny zapobiegawczej, a więc:

A) do pielęgnowania mężczyzn, kobiet i dzieci bez względu na wiek, rasę, stanowisko społeczne, we wszystkich chorobach i wypadkach;

B) do spełniania obowiązków, wynikających ze starań o zachowanie zdrowia, do ogólnego pielęgnowania chorych, do utrzymania w czystości mieszkań i sal chorych, do przygotowywania posiłków dla zdrowych i chorych, wykonywania wszystkich zabiegów pielęgniarskich, dezynfekcji, przygotowania opatrunków, obchodzenia się z narzędziami i aparatami, obserwacji chorych, nauczania higjeny zdrowych i chorych, współpracy w stowarzyszeniach pokrewnych, z lekarzami, pracownikami społecznemi. Musi również umieć utrzymać swój zawód na wysokim poziomie.

II. Niezbędne warunki dobrego prowadzenia szkoły pielęgniarstwa.

A) Zapewnienie odpowiedniej praktyki. Aby pielęgniarka była przygotowana do spełniania obowiązków wymienionych powyżej, musi, oprócz wykładów teoretycznych, przejść praktyczne przeszkolenie w odpowiednich szpitalach.

B) Najodpowiedniejszy teren praktyki dla uczennic to szpital ogólny na 200—600 łóżek, prowadzony dla potrzeb ludności, a nie jako przedsiębiorstwo dochodowe.

C) Przeciętna dzienna liczba chorych powinna wynosić najmniej 100. W razie niemożności znalezienia praktyki dla uczennic w szpitalu ogólnym można wejść w porozumienie z kilku mniejszemi szpitalami o różnych specjalnościach.

D) Podstawową praktyką dla uczennic jest praca na oddziale wewnętrznym, chirurgicznym, dziecięcym i położniczym. Powinna obejmować raczej choroby o przebiegu ostrym, małą liczbę chronicznych. Konieczna jest również praktyka uczennic w ambulatorjach ogólnych.

E) Każda szkoła powinna mieć swój własny, niezależny budżet, oraz stały, pewny i dostateczny dochód, aby zamierzenia programu mogły być wykonane.

Zwraca się uwagę, że:

1) uczennice, odbywające praktykę w szpitalu, nie są pracownicami szpitala;

2. szkoły pielęgniarstwa, mające na celu przygotowanie osób, które w przyszłości będą pracowały dla pożytku społeczeństwa słusznie mogą się ubiegać o zasiłki rządowe.

F) Szkoła winna zapewnić sobie wykwalifikowany personel, pod którego kierunkiem uczennice będą pracowały. Zaleca się, by w szpitalu na każdą salę o 30—40 łóżkach, były 2 etatowe, dyplomowane pielęgniarki w ciągu dnia, a w ciągu nocy na 100 chorych—1 dyplomowana pielęgniarka. Przyczem pod kierunkiem instruktorki mogą pracować cztery uczennice.

G) Uczennice mają być obznajmione z utrzymaniem porządku w szpitalu, lecz czas ich praktyki powinien być przedewszystkiem obrócony na pielęgnowanie chorych; sprzątanie i czyszczenie należy do służby niższej.

H) Praca uczennic trwa nie więcej, niż 10 godzin dziennie (8 godzin w szpitalu, 2 godziny nauki) przez 6 dni w tygodniu. Poleca się gorąco, by zamiast 2 razy na tydzień po pół dnia uczennice miały raz na tydzień cały dzień wolny, oraz 1 miesiąc wakacyj w roku.

Pożądane jest, by uczennice zaczynały dyżury nocne dopiero w II-gim roku pobytu w szkole.

Szkoła powinna zapewniać i ułatwiać uczennicom możność uprawiania sportów i korzystania z rozrywek.

I) Internat dla uczennic powinien mieścić się w oddzielnym budynku, o ile możności każda uczennica powinna posiadać oddzielny pokój. Mieszkania, choćby najskromniej umeblowane, muszą odpowiadać wszelkim wymaganiom higjeny.

J) Niezależnie od stosunku szkoły pielęgniarstwa do szpitala należy przestrzegać:

1. aby szkoła mogła decydować o praktyce dla uczennic;

2. aby szkoła dostosowywała pracę nietylko do wymagań szpitala, lecz również kierowała nią zgodnie z ideologją pielęgniarstwa i higjeny społecznej.

K) Organizacja szkoły winna odpowiadać celom zawodowym i szpitalnym, t. j. pielęgnowaniu chorych. W tym celu Komisja proponuje utworzenie komitetu szkolnego, do któregoby wchodzili: 1. przedstawiciel administracji szpitala; 2 lekarze; 3 pielęgniarki.

L) Personel szkoły winien się składać z: 1) dyrektorki szkoły; 2) jej zastępczyni; 3) instruktorek w szpitalu; 4) instruktorki klasowej; 5) personelu biurowego.

III. Warunki przyjmowania do szkół pielęgniarstwa

Wybór odpowiednich kandydatek zapewni szkole możność wykonania zakreślonego programu.

A) Ogólne wykształcenie obejmujące kurs szkoły średniej ze znajomością conajmniej jednego obcego języka jest podstawowym warunkiem, wymaganym od kandydatki.

B) Byłoby pożądane sprawdzanie inteligencji testami.

C) Wiek uczennic określa się na 20—35 lat.

D) Wielki nacisk powinien być położony na zdrowie kandydatek, oraz na zalety ich charakteru.

IV. Program nauczania.

A) Zaleca się, by kurs nauk trwał trzy lata.

B) Ten okres czasu dzieli się następująco: 4 miesiące wstępnej próby, 1 rok ogólnego przygotowania do pracy pielęgniarskiej, 2-gi i 3-ci rok pracy w różnych działach szpitala ze stopniowo zwiększaną odpowiedzialnością. Uczennice winny być przyjmowane do szkoły grupami, dwa razy do roku.

C) Stosunek liczby godzin teorji i praktyki powinien wyrażać się jak 1:10, przyczem połowa do $1/3$ teorji powinna przypadać na pierwszy rok.

D) Rozkład praktyki tak się przedstawia:

Konieczne:

Kurs wstępny	4 miesiące;
Choroby wewnętrzne	6—8 miesięcy;
Choroby chirurgiczne	6—8 miesięcy;
Choroby dziecinne	3—4 miesięcy;
Wakacje	3 miesiące.

Zalecone:

Ambulatorja	2—3 miesięcy;
Oddział położniczy	2—4 miesięcy;
Choroby umysłowe	3—6 miesięcy;
Choroby zakaźne	3—6 miesięcy;
Choroby oczu, nosa, uszu	3—6 miesięcy;
Higjena społeczna	3 miesiące.

E) Praca uczennic w zakresie odpowiedzialności i trudności winna być odpowiednio stopniowana, zależnie od długości trwania kursu.

F) Egzaminy z teorji i praktyki winny się wzajemnie uzupełniać przy końcu każdego roku. Egzamin państwowy może zastąpić końcowy egzamin w szkole.

G) Dyrekcja Szkoły powinna prowadzić bardzo dokładne sprawozdania, dotyczące postępów uczennic w teorji, zachowania się w szpitalu, technicznych zdolności wykonawczych, usposobienia, charakteru, specjalnych uzdolnień i zamiłowań.

Uwaga: Program teorji pokrywa się nieomal zupełnie z programem przyjętym w naszych szkołach pielęgniarstwa w Polsce.

V. Poziom nauczania i pomoce szkolne.

Najlepiej opracowany program może zawieść, o ile brak będzie odpowiednio wykwalifikowanych nauczycieli, t. j. wykładowców i instruktorek. Ważne są również:

A) Pomoce szkolne, a więc:

1. dobrze urządzone, jasne, wygodne klasy,
2. laboratorja chemiczne, fizyczne, kuchnia dietetyczna i t. d.,
3. odpowiednio dobrane tablice, modele, klisze i t. p.,
4. bibljoteka wyposażona w najnowsze książki z działu naukowego.

B) Metodyka nauczania obowiązuje tak jak w innych szkołach o podobnym poziomie.

1. Należy zawsze przestrzegać stopniowania przedmiotów według ich trudności.
2. Wykładowcy winni być starannie dobierani.
3. O ile możności większość przedmiotów powinna być wykładana przez pielęgniarki.
4. Obserwacja praktyczna (*case study*) powinna znaleźć jak najszersze zastosowanie.

Jadwiga Suffczyńska

Praca w szkole pielęgniarstwa

I.

Szkoła pielęgniarstwa, jako instytucja, mająca na celu wychowanie i wyszkolenie uczennic, a więc przygotowanie ich do przyszłej pracy na polu społecznem i szpitalnem, ma ogromny wpływ na rozwój pielęgniarstwa w każdym kraju.

Pierwszym i nieodzownym czynnikiem wartości szkoły jest odpowiedni dobór uczennic o pewnym cenzusie naukowym (minimum 6 klas gimnazjalnych), inteligentnych i prawych.

Problem następny, to odpowiedni skład personelu uczącego, rekrutującego się z osób o wysokiej etyce, przygotowanych nietylko fachowo, ale posiadających również znajomość psychologji i metodyki, konieczną do urabiania charakterów i woli przyszłych pracownic i wszczepiania im zasad, które winny przyświecać im na polu pracy, być ostoją, a zarazem bodźcem w trudnościach.

Na czele szkoły stoi dyrektorka, osoba fachowo wyszkolona, która będąc kierowniczką, a zarazem administratorką, reprezentuje całą szkołę, jest zwierzchniczką personelu instruktorskiego i nadaje kierunek pracy czyto w szkole, czy też na terenie praktyki. Asystentka przełożonej dopełnia ją i zastępuje, pilnując utrzymania ładu i systemu w pracy, pomagając w doborze uczennic, rozmieszczaniu ich na oddziałach, czuwając, by 2 letni pobyt w szkole pozwolił im dostatecznie wykształcić się w różnych dziedzinach, a temsamem przygotował je do pracy samodzielnej.

Następną osobą, mającą wielki wpływ na szkolenie, jest instruktorka klasowa, która surowy materjał uczennic przygotowuje do praktyki na oddziale szpitalnym. Ona to musi w szczególności posiadać znajomość pedagogji, psychologji i metodyki, by móc poznać dokładnie cechy charakteru uczennic oddanych pod jej dyrektywę. Każdą z uczennic powinna kształcić indywidualnie: metoda dobra dla jednej, dla drugiej jest częstokroć szkodliwa. Instruktorce klasowej konieczny jest dar wymowy, oraz jasnego wykładu, a również umiejętność i zręczność w demonstracjach. Metody zabiegów wykonywanych na sali demonstracyjnej muszą być proste i koniecznie dostosowane do wymagań szpitala, w których uczennice będą pracowały.

Oprócz zaznajomienia uczennic z podstawami pielęgniarstwa i wyrobienia w nich pewnej zręczności przy łóżku chorego, instruktorka klasowa powinna nadać im kierunek moralny: rozwinąć w nich altruizm, sumienność, punktualność, rozbudzić w nich zapał i zamiłowanie do przyszłej pracy.

Po okresie pierwszej teorji uczennice idą do szpitala, aby praktycznie rozwinąć wiedzę pielęgniarską, zaczerpniętą ze szkoły. Żeby szkolenie było racjonalne, teorja w klasie musi stać w ścisłym związku z praktyką w szpitalu: instrukcje, udzielane przez instruktorkę szpitalną powinny być dopełnieniem wiedzy podanej przez instruktorkę klasową.

Instruktorka szpitalna, jako osoba mająca wielki wpływ na kontynuowanie edukacji uczennic, musi być odpowiednio przygotowana, a więc posiadać znaczny zasób wiedzy i doświadczenia. Obecność jej przy zabiegach wykonywanych przez uczennice jest konieczna z wielu względów:

po pierwsze ze względu na bezpieczeństwo i zaufanie chorego, po wtóre dla uniknięcia wszelkich niedokładności, po trzecie dla dopilnowania nadanego przez instruktorkę klasową, a przyjętego przez szpital, systemu. I ona musi być nauczycielką, musi uczyć słuchaczki myśleć przy pracy, wzbudzać w nich zainteresowanie, rozwijać umiejętność obserwacji objawów chorobowych, obznajamiać z celem zabiegów. Dążeniem jej jest uczynić ze słuchaczek pracownice inteligentne, a przytem opiekujące się chorymi z sercem, starające się wniknąć w ich psychologję, często tak różną od psychologji zdrowych.

Rola instruktorki jest ciężka: każde jej poruszenie poddawane jest krytyce uczennic, — to też zachowanie jej powinno być taktowne, bez zarzutu. Jeśli chce wpływać na uczennice, musi mieć silną wolę, wiarę w siebie i głębokie przekonanie, że praca jej jest pożyteczna, że przynosi ulgę choremu, wychowanki zaś zachęca do dalszych trudów.

Stosunek instruktorek do uczennic powinien być ciepły, serdeczny, oparty na wzajemnem zaufaniu; instruktorka powinna być dla nich nauczycielką, przewodniczką, doradczynią, a nie postrachem.

Ważnym czynnikiem w szkole jest dobra współpraca personelu. Cel najważniejszy — to szkolenie uczennic, a nie rywalizacja. Wszelkie poczynania i zmiany powinny być wspólnie omawiane. Instruktorki muszą mieć jednak pewną swobodę działania: praca ich musi mieć charakter indywidualny, oparty na wewnętrznem przekonaniu, że zasady wpajane w uczennice są ugruntowane na wiedzy i na zrozumieniu potrzeb chorego i że dostosowane są do warunków szpitala. W przeciwnym razie praca stanie się mechaniczną, nie dającą zadowolenia moralnego, wskutek czego instruktorkę uczyni maszyną, poruszającą się z pewną szybkością, bez zrozumienia istotnych zadań.

Sharmonizowanie personelu wytwarza w szkole miłą, niemal rodzinną atmosferę, w której trud wydaje się lekki, a praca daje pożądane owoce. Atmosfera ta odbija się zbawiennie na wychowankach. Czerpią z niej one wzór, zachętę — i to nietylko na czas pobytu w szkole, ale i na potem, na przyszłą, samodzielną, nieraz ciężką pracę. *Maija Rotterówna*

II.

Kilka uwag w sprawie pracy instruktorki klinicznej

Pracę instruktorki klinicznej można podzielić na dwa zasadnicze, ściśle jednak wiążące się ze sobą działy:

1) prowadzenie oddziału pod względem pielęgniarskim,
2) kształcenie uczennic.

Pierwszy obejmuje:

a) czuwanie nad całokształtem pracy,
b) znajomość wszystkich chorych, ich diagnoz, zleceń lekarskich i zabiegów,
c) dostarczanie dokładnych danych (wypisanych, przyjętych, przeniesionych, zmarłych),
d) załatwianie codziennych formalności administracyjnych i gospodarczych, np. wypisywanie diet, apteki, ruchu chorych i t. d.,
e) rozkład pracy i dopilnowanie niższego personelu,
f) nadzór nad porządkiem na salach, korytarzach, w ubikacjach.

Przechodzę do kształcenia uczennic. Instruktorka kliniczna powinna rozpocząć je już w czasie trwania nauki w szkole w pokoju demonstracyjnym. Ma to szczególnie ważne znaczenie dla instruktorek, pracujących w pewnej ściśle określonej specjalności, n. p. na oddziałach: usznym, ocznym, sali operacyjnej, oddziale niemowlęcym i t. d. Ułatwia to obustronnie pracę późniejszą; uczennice poznają pewne specjalne warunki pracy danego oddziału, poznają instruktorkę, jej system pracy i sposób wymagania. Wykłady te, praktyczne i teoretyczne, nie powinny być przerywane z chwilą pójścia uczennic na oddziały. Aby ten ostatni, niezmiernie ważny warunek wykonać, należy wybrać sobie godzinę w ciągu dnia, w której w klinice jest cisza, n. p. po obiedzie, kiedy chorym zalecony jest zupełny spokój, zgrupować uczennice odbywające praktykę i przerobić z niemi jakiś dział pracy z zakresu techniki pielęgniarskiej, lub omówić bieżący wypadek kliniczny. Wykłady te prowadzić należy systematycznie, według zgóry ułożonego planu i powtarzać przez cały rok.

Drugi sposób, który korzystnie wpływa na kształcenie uczennic, to porządne, ustne zdawanie raportów z dyżuru na dyżur, a więc: chory przyjęty z rozpoznaniem . . . . . położony w danej sali z powodu . . . . . zaordynowano zabiegi, lekarstwa i dietę . . . . ., przy przyjęciu zauważono objawy . . . ., zmiany . . . ., ogólny stan chorego wydaje się . . . . . Od wczoraj zmieniono następujące lekarstwa . . . ., zabiegi . . . ., ogólny stan . . . ., zwrócić uwagę na . . . . i t. d.

Przy takiem zdawaniu dyżuru, nasuwa się instruktorce cały szereg uwag i wyjaśnień. N. p. przyjęto chorego na zapalenie płuc — dlaczego ma leżeć wysoko, czego możemy obawiać się, na co trzeba zwrócić uwagę, do jakiej grupy należą przepisane lekarstwa, jakie znamy inne jeszcze z tej samej grupy, dlaczego stosujemy daną dietę, przy jakiej chorobie stosujemy tę dietę jeszcze i t. d. Rozmowa taka instruktorki z uczennicami wyjaśnia i przypomina szereg rzeczy, o których już dawniej słyszały z wykładów, wzbudza w uczennicach żywe zainteresowanie, uczy patrzeć na chorego i zauważać objawy często bardzo ważne dla lekarza, uczy odróżniać rzeczy ważne od mniej ważnych, uczy myśleć i nie dopuszcza do zmechanizowania pracy.

Jednym jeszcze bardzo ważnym czynnikiem jest umiejętnie rozplanowany rozkład pracy, stopniowe wciąganie uczennic w coraz bardziej odpowiedzialną robotę, stopniowe zaznajamianie z całokształtem pracy klinicznej, stopniowe poznawanie pracy oddziałowej w ciągu całej doby.

Do stałych obowiązków instruktorki klinicznej należy rozłożenie sobie zajęć w ten sposób, aby wykonanie każdego zabiegu po raz pierwszy przez uczennicę pozostawało pod nadzorem instruktorki, (chociaż zabiegi wszystkie przerabiane były z daną instruktorką już w sali demonstracyjnej). Na wykonanie zabiegów bez kontroli można wtedy tylko zezwolić, jeżeli są już one przez uczennicę najzupełniej opanowane, co oznacza nietylko, że uczennica wie, jak zabieg ma być wykonany, ale że posiadła kompletnie stronę techniczną, pracuje sprawnie, szybko, że będzie umiała sobie poradzić, jeżeli nawet reakcja chorego będzie odmienna, niż zazwyczaj. Samodzielne wykonywanie zabiegów przez uczennice może więc nastąpić tylko po kilkakrotnem asystowaniu instruktorki przy zabiegach, u uczennic mniej pojętnych nieraz i po wielokrotnem; dlatego też instruktorka kliniczna, jeśli ma być dobrą pracownicą, nietylko że musi sama być zamiłowaną pielęgniarką, kochać swą pracę i z zapałem się jej oddawać:

musi lubić uczyć, a więc nie tracić cierpliwości i zapału przez stałe powtarzanie tych samych rzeczy przy tak przecież częstem zmienianiu się uczennic na oddziałach.

Marja Ptaszyńska

III.

Kilka uwag o szkoleniu słuchaczek w pielęgniarstwie społecznem

Praktyka w pielęgniarstwie społecznem jest zazwyczaj ostatnim etapem w kształceniu słuchaczek szkoły. Słuchaczki przystępują zatem do niej po przejściu wykładów teoretycznych oraz praktyk na oddziałach szpitalnych.

Terenem szkolenia, w zależności od warunków bywają poszczególne poradnie lub Ośrodki Zdrowia .W poradniach szkolą się 2—3 słuchaczki równocześnie, a pielęgniarka prowadząca tam pracę jest zarazem ich instruktorką. Do kształcenia w Ośrodkach, jako jednostkach bardziej złożonych i dających odrazu praktykę większej liczbie słuchaczek (6—8). Szkoła przydziela ze swego ramienia oddzielną instruktorkę.

Praca pielęgniarki - instruktorki w poradni lub Ośrodku obejmuje:

1) prowadzenie odwiedzin domowych w przydzielonej sobie dzielnicy i ewentualnie pracę wewnętrzną w poradni.

2) Kształcenie słuchaczek szkoły.

Podział powyższy jest tylko formalny, gdyż jedno i drugie jest ze sobą ściśle zespolone.

W prowadzeniu dzielnicy i ewentualnie poradni, pielęgniarka - instruktorka musi odpowiadać wymaganiom, stawianym dobrej pielęgniarce, a więc: posiadać znajomość techniki pracy pielęgniarskiej, doskonale orjentować się w przydzielonych sobie rodzinach, ich typach społecznych i zagadnieniach, jakie nasuwają; musi umieć wyzyskiwać świadczenia ustawodawstwa społecznego oraz nawiązywać łączność i korzystać z instytucyj higjenicznych, leczniczych, kulturalnych i oświatowych. Ponadto powinna posiadać znajomość teoretycznych i praktycznych metod propagandy indywidualnej i zbiorowej, oraz interesować się bieżącemi zagadnieniami ruchu higjeniczno - społecznego.

Kształcenie słuchaczek instruktorka zaczyna jeszcze w szkole, gdzie prowadzi wykłady z pielęgniarstwa społecznego. Praktyka obejmuje pracę na terenie dzielnicy, t. j. odwiedziny domowe oraz zajęcia w poradniach przy przyjęciach lekarskich. — W obu tych działach praktyka układana jest w porozumieniu z naczelnym lekarzem i naczelną pielęgniarką. Słuchaczki kierowane są przez szkołę do Ośrodka co 1—3 tygodni. Czas praktyki waha się od 2—3 miesięcy.

Praktykę w wewnętrznej pracy słuchaczki odbywają pod kierunkiem pielęgniarek poradni, które zaznajamiają słuchaczki ze sposobem załatwiania spraw pacjentów, z prowadzeniem propagandy, sporządzaniem zestawień statystycznych, wypełnianiem kart oraz utrzymywaniem poradni w porządku i czystości. Najważniejszą stroną praktyczną w poradni jest nauczenie słuchaczki ciągłości pracy, jaka powinna istnieć między domem pacjenta, a poradnią. Instruktorka stara się wzbudzić w słuchaczkach zainteresowanie sprawami, z jakiemi się stykają w poradni i żąda od nich od czasu do czasu ustnych relacyj z ich pracy i tutaj ma

pole do nauczania słuchaczek, w jaki sposób należy radzić sobie z danym wypadkiem, rozstrzyga ich wątpliwości, stara się pogłębić ich wiedzę teoretyczną, oraz ich odczuwanie społeczne.

Praktykę w dziale odwiedzin domowych słuchaczki przechodzą pod osobistym kierunkiem instruktorki, która ma powierzony sobie pewien okręg w dzielnicy. Każda ze słuchaczek dostaje pod opiekę 50—60 rodzin, nad któremi w czasie swej praktyki pracuje.

Odwiedziny domowe poprzedzane są przygotowaniem zeszytu pielęgniarskiego. W zeszycie tym zawarte są podręczne informacje, dotyczące rozkładu godzin pracy, instrukcje co do prowadzenia wywiadów w poszczególnych działach, desynfekcji po chorobach zakaźnych, spis instytucyj, z któremi można współpracować oraz spis powierzonych sobie rodzin.

Przygotowując wywiad, instruktorka przegląda wraz ze słuchaczką karty społeczne i lekarskie, zwraca szczególną uwagę na dokonaną lub rozpoczętą pracę w rodzinie, (przy zmianie słuchaczek, w ten jedynie sposób można utrzymać ciągłość pracy), odnotowuje kwestje, które należy w domu poruszyć, oraz datę ostatniej bytności pacjenta w poradni i zlecenie otrzymane. Odwiedziny pokazowe odbywają się w rodzinach świeżo zarejestrowanych lub dawnych. Jako pierwsze, wybiera instruktorka odwiedziny małoskomplikowane i „jednowartościowe“ pod względem chorób społecznych (wyłącznie opieka nad dzieckiem, gruźlica), przechodząc następnie do bardziej złożonych. Po kilkunastu pokazowych odwiedzinach (w tem konieczne z demonstracją), słuchaczka zaczyna je robić samodzielnie, a instruktorka kontroluje przygotowanie odwiedzin i relację piśmienną po ich przeprowadzeniu. Z odwiedzinami domowemi związana jest także sprawa umieszczeń, w czem słuchaczki biorą czynny udział, przeprowadzając w porozumieniu z instruktorką starania o dokumenty, niejednokrotnie osobiście odwożąc pacjentów do szpitali lub zakładów. Bardzo wskazane jest obranie jednej rodziny, koncentrującej różnego rodzaju zagadnienia społeczno - higjeniczne i powierzenie jest słuchaczce na cały czas praktyki; słuchaczka powinna dołożyć starań, aby możliwie wyczerpująco załatwić wszystkie nasuwające się sprawy.

Niesłychanie ważne w szkoleniu słuchaczek są tygodniowe zebrania, na których omawia się błędy, popełnione w pracy, referuje ciekawe przypadki, dyskutuje nad pracami piśmiennemi, rozdaje lekturę i t. p. Przyczem instruktorka i słuchaczki informują się wzajemnie o nowych zagadnieniach w ruchu higjeniczno - społecznym (bieżące wiadomości z prasy codziennej, wysłuchane odczyty, zwiedzone wystawy i t. p.).

Niezbędnem w szkoleniu słuchaczek jest zwiedzanie instytucyj higjeniczno - społecznych, leczniczych, kulturalnych. Częściowo zwiedzanie odbywa się podczas teorji w szkole; podczas praktyki pożądane jest zwiedzenie instytucyj w danym okręgu.

Tak w ogólnych zarysach przedstawia się szkolenie słuchaczek w dziale pielęgniarstwa społecznego na terenie Ośrodków Zdrowia. Zapewne inne formy ma ono tam, gdzie terenem szkolenia jest poszczególna, samoistna poradnia. Jednak zarówno w jednym, jak w drugim wypadku szkolenie ma zawsze ten sam cel: nauczenie słuchaczek myśleć i reagować społecznie.

Wanda Lankajtesówna

Uniwersytecka Klinika dla dzieci
w Wiedniu

Uniwersytecką Klinikę dla dzieci w Wiedniu otworzył w 1911 roku zmarły przed 2 laty profesor Dr Klemens Pirquet. Jest ona jedną z najpiękniejszych klinik dziecięcych świata, tak dzięki doskonałemu wyposażeniu technicznemu, jak i wysokiemu poziomowi naukowemu.

Klinika posiada następujące działy:
1) Dział szpitalny z oddziałami:
a) dla dzieci gruźliczych z gruźlicą zamkniętą;
b) dla dzieci gruźliczych z gruźlicą otwartą;
c) dla chorób wewnętrznych;
d) zakaźnym;
e) niemowlęcym.



Klinika dziecięca Prof. Pirquet'a w Wiedniu. — Oddział wewnętrzny. Między łóżeczkami ścianki szklane

2) Ambulatorjum dziecięce.
3) Stację opieki nad niemowlęciem.
4) Oddział obserwacyjny dla dzieci psychopatycznych.

Wszystkie te działy mieszczą się w 3 gmachach: w jednym głównym i dwóch bocznych.

W zakładzie mieści się ponadto: laboratorjum, oddział rentgenologiczny, oddział leczenia fizykalnego, trzy sale wykładowe, bibljoteka, składnica pomocy naukowych oraz muzeum; dalej działy gospodarcze (kuchnie, pralnie, spiżarnie, magazyny), kancelarje, gabinety lekarzy, sale jadalne dla personelu, mieszkania dla niektórych lekarzy, pielęgniarek, służby itp. Wszystkie trzy pawilony są ze sobą połączone korytarzami podziemnemi.

Poza tem o 12 klm. od Wiednia w miejscowości Weidlingen, znajdującej się już na terenie tak zwanego Wienerwald, istnieje pod zarządem kliniki sanatorjum dla dzieci gruźliczych.

Dział szpitalny

Poszczególne oddziały szpitalne zarówno przez swoje urządzenie, jak i funkcjonowanie zbliżają się do Uniw. Kliniki dziecięcej w Poznaniu, z tą jednak głównie różnicą, że klinika poznańska jest znacznie mniejszą: klinika wiedeńska bowiem posiada 210 łóżeczek, podczas gdy poznańska — 47.

Specjalną uwagę poświęcono w Wiedniu dzieciom gruźliczym, z ogólnej bowiem liczby łóżeczek aż 110 przeznaczonych jest dla chorych gruźliczych. Oddział gruźliczy podzielony jest na sekcję z gruźlicą otwartą



Klinika dziecięca Prof. Pirquet'a w Wiedniu. — Oddział na dachu, dla dzieci z gruźlicą zamkniętą. Dzieci przebywają tu stale, zimą i latem

i z gruźlicą zamkniętą. Pierwsza obejmuje 20 łóżeczek, druga zaś — 80. Do oddziału gruźliczego należy urządzona w 1918 r. na dachu jednego z gmachów weranda letnia i zimowa. Ponieważ dzieci gruźlicze przebywają w klinice niejednokrotnie po kilka lat, urządzono dla nich szkołę, z której korzystają dzieci lżej chore.

Oddział zakaźny, całkowicie izolowany od innych oddziałów kliniki i posiadający osobne wejście, urządzony jest nadzwyczaj ciekawie. Sala dla zakaźnych podzielona jest na boksy nie łączące się z sobą, od których drzwi wychodzą na korytarz. Wszystkie ściany boksów oraz ściany i drzwi wychodzące na korytarz są z przeźroczystego szkła. Ściany boksów nie sięgają sufitu sali, a mimo to przyjmuje się — za wyjątkiem odry i ospy wietrznej — nietylko wszelkie choroby zakaźne, bez obawy

przeniesienia na dzieci sąsiadujące, ale umieszcza się tutaj również dzieci podejrzane przed postawieniem dokładnej diagnozy.

Oddział wewnętrzny dzieli się na: oddział dla dzieci, których reakcja po zaszczepieniu tuberkuliny dała wynik ujemny, oraz drugi dla dzieci z wynikiem dodatnim.

Na oddział niemowlęcy przyjmuje się wszystkie dzieci mniej więcej do roku życia. Ponieważ salki nie posiadają balkonów, zastępuje się je drewnianemi klatkami, w których w pogodny dzień wystawia się dzieci w otwartem oknie. Dzieci kaszlące lub zakatarzone umieszczane są w osobnych salkach, gdzie każde łóżeczko zamknięte jest w szklanym boksie.

Szczególnie dobrze pomyślana jest organizacja pracy w kuchni, wyposażonej w wiele urządzeń technicznych, zapewniających czyste i szybkie przyrządzanie pokarmów. Przy kuchni istnieje laboratorjum do badania środków żywnościowych przed ich użyciem. Przygotowywanie mleka i wszelkich mieszanek odbywa się w osobnej kuchni mlecznej.

Ambulatorjum

Ambulatorjum służy dla niezamożnej ludności Wiednia, udzielając porad bezpłatnie. Obejmuje szereg przychodni, jak dentystyczna, okulistyczna, ortopedyczna i t. p. Specjaliści, pracujący w poszczególnych przychodniach, są przeważnie lekarzami leczącymi w szpitalu.

Stacja opieki nad niemowlęciem

Stacja opieki nad niemowlęciem, znajdująca się przy klinice, służy ludności m. Wiednia i posiada zakres pracy bardzo zbliżony do zakresu naszych stacyj opieki nad dzieckiem.

Oddział obserwacyjny dla dzieci psychopatycznych

Oddział obserwacyjny dla dzieci psychopatycznych ma za zadanie ustalenie diagnozy u dzieci od lat 3—15-tu w wypadkach nienormalnego rozwoju umysłowego i psychicznego. Po dłuższej lub krótszej, zależnie od wypadku, obserwacji, oddział wydaje orzeczenia oraz wskazuje rodzicom dalszy sposób postępowania z dzieckiem, ewentualnie kieruje do zakładów poprawczych lub zakładów dla dzieci anormalnych.

Organizacja pracy

Trzy razy w tygodniu prof. Pirquet przeprowadzał tak zwaną „główną wizytę“, w której brali udział wszyscy lekarze miejscowi i zagraniczni, pracujący na klinice stale lub czasowo. Celem tej wizyty było zademonstrowanie profesorowi przyjętych wypadków oraz zdanie relacji o stanie zdrowia dzieci dawniejszych. Raz na miesiąc przeprowadzał prof. Pirquet „wizytę administracyjną“ wraz z pierwszym asystentem, siostrą przełożoną i administratorem, celem zorjentowania się w brakach i potrzebach administracyjnych i gospodarczych zakładu.

Personel lekarski składał się, poza profesorem, z siedmiu asystentów, dziesięciu lekarzy pomocniczych płatnych i dwóch niepłatnych. Poza nimi pracuje w ambulatorjum ortopeda, dentysta i specjalista chorób skórnych. Klinika zatrudnia jedną sekretarkę, dwóch laborantów, labo-

rantkę na oddziale rentgenologicznym oraz opiekunkę społeczną, która wykonuje wywiady domowe i załatwia wszystkie sprawy w związku z pracą społeczną.

Pielęgnowanie dzieci w Uniw. Klinice dokonywane jest przez siostry świeckie, które muszą posiadać dyplom 3-letniej szkoły pielęgniarstwa. Absolwentki szkoły, pragnące poświęcić się pracy w klinice, obowiązane są dopełnić swe wiadomości podstawowe z pielęgniarstwa ogólnego specjalnemi wykładami z dziedziny chorób dziecięcych, odżywiania, psychjatrji, gospodarstwa domowego i gotowania. Kierowniczką personelu pielęgniarskiego jest siostra przełożona, która ma do pomocy asystentkę. Poza tem klinika zatrudnia 40 sióstr dyplomowanych i 50 uczennic. Siostry dyplomowane pracują na 9 oddziałach chorób dziecięcych, w ambulatorjum,



Klinika dziecięca Prof. Pirquet'a w Wiedniu. — Kuchnia mleczna, prowadzona przez pielęgniarki dyplomowane, teren praktyki dla lekarzy i pielęgniarek

rentgenie, kuchni, kuchni mlecznej, w magazynie i w gospodarstwie. Na każdym z oddziałów jest jedna odpowiedzialna siostra oddziałowa, która zarazem pełni funkcję instruktorki.

W kuchni, która dzieli się na kuchnię mleczną, dietetyczną i ogólną pracuje 6 sióstr dyplomowanych. (Dziennie przygotowuje się pożywienie dla 300 osób).

Porządki domowe, jak zmywanie naczyń, mycie podłóg na oddziałach i t. d., przeprowadzane są przez służące, mieszkające poza kliniką. Jest ich ogółem 36. Pozostają pod nadzorem jednej z sióstr. Składem bielizny, pralnią, przyjmowaniem i wydawaniem odzieży, dezynfekcją materacy i t. p. kieruje również siostra, nosząca nazwę siostry magazynowej. Inna dyplomowana siostra, która posiada nadzór nad służącemi, poko-

jami sióstr, jadalnią oraz pielęgnuje siostry chore, nazywa się siostrą gospodarczą (*Hausschwester*). Siostry dyplomowane mieszkają przy klinice w pokojach oddzielnych lub też dwu i trzy osobowych.

System pracy, przyjęty we wszystkich działach kliniki jest szczegółowo przemyślany i stale podlega rewizji. Sposób wykonywania poszczególnych czynności oraz przepisy ogólne wydawane są na piśmie i każda pielęgniarka musi się z niemi dokładnie zapoznać. Ujęcie sposobu wykonywania czynności w formę pisemną ma tę zaletę, że ułatwia nowej pielęgniarce lub pielęgniarce dawnej, lecz przechodzącej do innej pracy szybkie zapoznanie się z nią, bez absorbowania pielęgniarek starszych nauczaniem nowicjuszki. System pisemnych instrukcyj zapewnia również zawsze jeden i ten sam sposób wykonywania pracy; jednak wszelkie instrukcje są w miarę zdobywanego doświadczenia stale ulepszane. Do dyspozycji każdej siostry oddziałowej znajduje się książka, w której każda siostra ma prawo i obowiązek notowania wszelkich uwag o technice pracy. Z uwag tych następnie tworzy się nowe przepisy lub uzupełnia dawniejsze. Książka ta, stanowiąca dorobek doświadczenia i wysiłku pielęgniarek, przedstawia bardzo cenny materjał dla kierownika kliniki, to też nic dziwnego, że otaczana jest specjalnym szacunkiem i dostęp do niej mają tylko te pielęgniarki, które uzyskają zezwolenie kierownika kliniki, jego zastępcy lub siostry przełożonej.

Klinika jest miejscem naukowem pracy doświadczalnej lekarzy oraz praktyki uczennic szkoły pielęgniarstwa. Co rok szkoła pielęgniarstwa przydziela na klinikę 50 uczennic na 8-mio miesięczną praktykę. Każda z uczennic w tym czasie przechodzi naukę na 6 oddziałach, a mianowicie:

dwa miesiące na oddziale niemowlęcym,
dwa miesiące na oddziale chorób zakaźnych,
jeden miesiąc na oddziale chorób wewnętrznych,
jeden miesiąc na oddziale chorób psychjatrycznych,
jeden miesiąc w kuchni,
jeden miesiąc w ambulatorjum.

Każda z uczennic przechodzi na każdym oddziale naukę tak praktyczną, jak i teoretyczną, oraz zapoznaje się z całokształtem gospodarczych i administracyjnych prac na sali i poza salą chorego.

Z początku uczennica pełni pracę pomocniczą, (*Mitdienst*), polegającą na szorowaniu, dezynfekcji łóżek, szkieł, podkładów gumowych i t. p., dalej na przygotowywaniu kąpieli, czesaniu dzieci, słaniu łóżek i t. p.

Po pewnym czasie dopiero uczennica przechodzi do pracy samodzielnej (*Hauptdienst*). Ma ona wówczas nadzór nad pewną liczbą pacjentów, jest odpowiedzialna za porządki na sali chorego oraz za całokształt pracy przy łóżku chorego. Po 6-cio tygodniowej praktyce na danym oddziale uczennica obejmuje służbę nocną na przeciąg do 2-ch tygodni. Uczennica wprowadzana jest na dyżur nocny przez pielęgniarkę dyplomowaną.

Uczennice pracują w ciągu tygodnia 48 godzin, pielęgniarki dyplomowane 56 godzin.

Raporty zdaje się rano, w południe i wieczorem, pisemnie i ustnie przy łóżku każdego pacjenta. Celem umożliwienia uczennicom szybszego

zdobywania wiadomości oddaje się do ich dyspozycji książki instrukcyjne, podziały prac na poszczególnych oddziałach, oraz plany nauczania.

Prace administracyjne wykonywane przez siostry oddziałowe polegają na sporządzaniu wykresów, prowadzeniu dziennika, inwentarza, sporządzaniu planu prac dla sióstr i uczennic, notowaniu przepisanych diet itp.

Oprócz uczennic wiedeńskiej szkoły pielęgniarek dostęp do Uniwersyteckiej Kliniki prof. Pirquet'a celem bliższego poznania pielęgnowania dzieci mają absolwentki innych szkół austrjackich i zagranicznych, przyjmowane na okres sześciomiesięczny.

Przy klinice dziecięcej otwiera się co roku kurs dla osób, chcących poznać bliżej pielęgnowanie niemowlęcia, jak również pracę w kuchni i gospodarstwo domowe, przyjmuje się tylko kandydatki z odpowiedniem wykształceniem. Teorja kursu składa się z następujących przedmiotów:

1) podstawy anatomji i fizjologji; 2) rozwój i pielęgnowanie zdrowego niemowlęcia; 3) wychowanie dzieci psychicznie upośledzonych; 4) opieka społeczna nad niemowlętami; 5) technika pielęgnowania chorych; 6) wiadomości z gospodarstwa domowego.

W praktyce kursistki przechodzą następujące działy:

1) pielęgnowanie niemowląt; 2) pielęgnowanie starszych dzieci; 3) pracę w kuchni mlecznej; 4) pracę w kuchni ogólnej; 5) praktyczne zajęcia na oddziale dla dzieci psychicznie upośledzonych.

Ponieważ opisywana Klinika uznana jest za jedną z najlepiej urządzonych i prowadzonych w Europie, z przyjemnością mogłam stwierdzić, że Uniw. Klinika dla dzieci w Poznaniu różni się od niej raczej pod względem objętości, niż jakości. Niejednokrotnie też słyszałam o naszej klinice, czy to w Wiedniu czy w Paryżu opinję stawiającą ją na równym poziomie z kliniką wiedeńską. Klinikę Poznańską nazywają „małą kliniką Pirquet'a".

Janina Żakowska (Poznań).

Zarząd PSPZ przypomina, że Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych odbędzie się w październiku w Poznaniu.

Program Zjazdu — w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej".

Odżywianie w chorobie

W artykule „Podstawy diety normalnej“ [1]) rozpatrzyliśmy pokrótce ogólne zasady odżywiania człowieka zdrowego. Odżywianie w chorobie rozważać będziemy jako odchylenia od diety normalnej.

Każdej pielęgniarce znane są oznaki fizjologiczne zdrowia; aby je stwierdzić, niezbędne jest badanie lekarza, obejmujące stan serca, płuc, gardła, zębów, nosa, oczu, uszu, ciśnienia krwi, temperatury, badanie moczu, krwi, wreszcie — waga i wysokość. Wiadomo jak ważne są laboratoryjne badania. Przypomnijmy skład normalny krwi i moczu.

Krew: Hemoglobina — u dzieci 90—100 proc., u dorosłego mężczyzny 80—100 proc., u dorosłej kobiety 75—95 procent.

Czerwone ciałka — u mężczyzny 4,5—5,5 milj., u kobiety 4—4,5 milj. 4—4,5 milj.

Białe ciałka — u mężczyzny i kobiety 5,5—10 milj.

Cukru we krwi — 0,1 proc.

Mocz: Objętość 1500—2000 cm.^{3}

Ciężar właściwy 1015—1020.

Kolor — *ambre*.

Reakcja — kwasowa.

Cukier — ślady dozwolone w wypadku glykozurji.

Albumina — nawet ślady niedozwolone.

Osad nie powinien zawierać nic o poważniejszem znaczeniu.

Aby przepisać odpowiednią dietetyczną kurację i zastosować wskazówki lekarza, trzeba znać i dokładnie obserwować chorego.

Chory, znacznie więcej niż zdrowy, wymaga indywidualnych praw odżywiania, choć w rezultacie wszystkie mają jedną i tę samą zasadę: dostarczenie odpowiedniej ilości materjału energetycznego, materjału budowlanego i zaspokojenie uczucia smaku.

Rady czy zlecenia lekarskie bywają co do odżywiania często tylko ogólne, zwłaszcza wtedy, gdy dieta nie stanowi głównego czynnika kuracji. Pielęgniarka jest często w kłopocie, jak wykonać zlecenia lekarza, jak zadowolić pacjenta, jak postąpić, by nie nadwerężyć zbytnio jego kieszeni. Często bardzo w drobnych niedomaganiach żołądkowych lub innych chory wcale się do lekarza nie zwraca, a koniecznie trzeba wprowadzić pewne zmiany w jego odżywianiu.

Im bardziej popularnem stanie się zrozumienie ogólnych zasad odżywiania chorego, tem lepiej on na tem wyjdzie. Przedewszystkiem każdy uwolnić się powinien od przesądu, że jakikolwiek pokarm może odgrywać specyficzną rolę przy jakiejś chorobie. Z małemi wyjątkami (jak np. kuracja wątróbkowa przy anemji złośliwej, cytrynowa przy artretyzmie), jeden pokarm nie ma wybitnego wpływu. A więc nie należy się radzić, czy np. korniszony dobre są na schudnięcie, mleko na anemję etc., bo dieta polega 1) na stworzeniu pożądanych warunków do trawienia i ułatwieniu asymilacji i 2) na zestawieniu jadłospisu i umiejętnem ugotowaniu potraw stosownie do danego wypadku chorobowego i gustu pacjenta.

Rozpatrzmy najpierw punkt 1): Stworzenie pożądanych warunków do trawienia i asymilacji.

---

1) „Pielęgniarka Polska“ nr. 2—3 1930

Należyte trawienie w żołądku zależy naogół od dobrych przyzwyczajeń jedzeniowych od dzieciństwa, higjenicznego trybu życia, codziennego ruchu na świeżem powietrzu, pogodnej atmosfery podczas spożywania posiłku. Złe trawienie żołądka bardzo szybko wywiera wpływ na działalność jelit cienkich. Wszelkie zdenerwowanie, złość, strach i t. p. zatrzymuje procesy trawienia.

Zarówno jak trawienie w żołądku wpływa na trawienie w jelitach cienkich, tak i trawienie w jamie ustnej ma doniosłą rolę w dalszych procesach trawienia. Pierwszem zadaniem jamy ustnej jest rozdrobnić pokarm, zmiękczyć go, uczynić śliskim i łatwym do przejścia do żołądka. Płynne pokarmy uwalniają jamę ustną od tego obowiązku i dlatego to należy je podawać głównie wtedy, gdy pacjent nie posiada dostatecznej ilości zębów, lub też gdy z innych powodów żucie nie może być dobrze wykonane. Posiekanie lub roztarcie staranne pokarmu zastępuje normalne rozdrobnienie, a więc skrobanie befsztyka, przefasowanie warzyw, przecieranie jaj na twardo gotowanych przez sito lub maszynkę i t. p. W normalnych warunkach pokarmy które trzeba żuć, aby je połknąć, a więc np. grzanki, jędrne, twardawe warzywa, jabłka, kruche ciastka, sucharki, które łatwo kruszą się w małe kawałki, są nietylko rozmiękczane, ale nawet częściowo rozpuszczane przez ślinę. Ślina ma własność chemicznego oddziaływania na węglowodany w pokarmach. Im więcej ma dany pokarm węglowodanów, tem dłużej należy poddawać go działaniu śliny. Im jest twardszy, tem jest więcej prawdopodobieństwa, że pozostawać będzie dłużej w jamie ustnej. Dlatego to pokarmy bogate w węglowodany: mączne potrawy, chleb, grzanki, kluski należy jeść bardzo wolno i lepiej z początkiem posiłku.

Żucie staranne i dokładne jest nietylko ważne dla dobrego trawienia węglowodanów, ma również bardzo doniosły wpływ na trawienie w żołądku i jelitach cienkich.

Przechodząc do punktu 2): Zestawienie jadłospisu i umiejętne ugotowanie potraw, zależnie od danego wypadku chorobowego i gustu pacjenta, rozważymy kolejno poszczególne jednostki chorobowe.

Choroby przewodu pokarmowego. Leczenie dietą jest ważniejsze, niż leczenie lekarstwami, szczególnie przy chorobach żołądka i jelit. Znane są fakty, że lekarstwa „psują żołądek" i odstawienie ich przynosi ulgę choremu. W chorobach żołądka niema schematu, jak wogóle zresztą w dietetyce, zawsze trzeba przedewszystkiem brać pod uwagę przyzwyczajenia jedzeniowe pacjenta, smak jego i apetyt. Pokarm jest łatwostrawny (jak to już zaznaczałam), jeśli nie wywołuje żadnego nieprzyjemnego uczucia w żołądku, jeśli przechodzi z żołądka do jelit możliwie najszybciej, zależnie od składu swego i gotowania. Dla oznaczenia rodzaju diety w zaburzeniach czynności żołądka i jelit należy mieć na uwadze dwa punkty: 1) zwiększenie zdolności trawienia pacjenta, 2) podanie pożywienia w formie najbardziej strawnej, aby zaoszczędzić pracy przewodu pokarmowego.

Leube nakreślił skalę strawności poszczególnych artykułów spożywczych i pokarmów. Skala ta stanowi podstawę znanej metody leczenia wrzodu żołądka i nadkwaśności.

Dieta I. Gdy siła trawienia jest bardzo osłabiona, następujące pokarmy są naogół najstrawniejsze: surowe (świeże) dobrze rozbite jaja

lub też gotowane w gorącej wodzie (5 min. na miękko, 7—9 nawpół twardo), lub też na parze, jajecznica, mleko o ile je pacjent znosi, wyciąg z mięsa, buljon, o ile nie ma daleko posuniętej nadkwasowości.

Dieta II. Cokolwiek mniej strawna: gotowany móżdżek, gotowane kurczę i gołąb. Kleiki, wieczorem tapjoka na mleku (środek nasenny).

Dieta III. Jeśli dietę II pacjent dobrze znosi, dajemy dietę III, która zawiera poza dietą I i II gotowaną wołowinę lub skrobany befsztyk surowy z polędwicy lub rozbefu, małe porcje purée z ziemniaków, grzanki, małe ilości słabej herbaty lub kawy z mlekiem. Małe ilości pieczonego jabłka bez łupiny.

Dietę IV. stosuje się, gdy pacjent dobrze trawi powyżej wspomniane, można mu wtedy stopniowo dodawać: pieczone kurczę, gołębia, kuropatwę, gotowane ryby bez żadnych sosów. Dodatkiem jedynym jako przyprawa może być odrobina soli i świeże masło. Młody szpinak (przetarty) jest pożądaną jarzyną. Po takim stopniowym dodawaniu pokarmów nieco trudniej strawnych, może pacjent wzmocnić dostatecznie siłę trawienną i zpowrotem przejść na dietę normalną, bez większych ograniczeń.

Zawsze jednak przy nadkwaśności żołądka należy:

a) Spożywać większe ilości białkowych pokarmów, gdyż białko neutralizuje kwas solny, będący w nadmiarze w żołądku. Niemniej jednak są pacjenci z wysoce rozwiniętą nadkwasowością, którzy lepiej się czują na diecie mleczno-kaszkowo-mącznej.

b) Spożywać nieco mniejsze ilości, niż normalnie, pokarmów mącznych, a szczególnie twardych, kruchych. Znałam osoby z nadkwaśnością żołądka, które po grzankach lub sucharkach odczuwały pieczenie lub odbijanie się kwasami. Jest to zrozumiałe, gdyż żucie pokarmów kruchych wywołuje większe wydzielanie się śliny, im więcej węglowodanów jest w pokarmie, tem więcej śliny potrzebnej do jego trawienia się wydziela, dając przez to impuls do większego wydzielania soku żołądkowego i zwiększenia kwasowości w żołądku.

c) Spożywać nieco więcej tłuszczu niż normalnie. Tłuszcz w formie śmietanki, masła, oliwy. Trudnostrawne tłuszcze, jak również wszelkie smażone pokarmy należy usunąć z diety.

Poza tem ogólne cechy charakterystyczne diety są: a) częste podawanie posiłków w małej ilości i w dość skoncentrowanej formie; b) smak potraw mdły, żadnych kwasów i przypraw o wyraźnym smaku i zapachu; c) usunięcie potraw, zawierających mechanicznie irytujące substancje: jak pestki malin, porzeczek, poziomek, truskawek, włókna warzyw, skórki i łupiny owoców; d) usunięcie substancyj i potraw pobudzających błonę śluzową do wydzielania kwasu żołądkowego, t. j. np. rosołów, buljonów, zup takich jak barszcz, pomidorowa, kwaśnego mleka i t. d.

Jedną z najczęstszych jednostek chorobowych, wśród których występuje nadmiar kwasów żołądkowych jest wrzód żołądka, *ulcus ventriculi*. Często bardzo nasi lekarze stosują tu kurację Sippiego. Polega ona na: 1) spoczynku w łóżku około 3—5 tygodni, żadnej pracy w ciągu następnych 3—5 tygodni i na pół roku przynajmniej regularny tryb życia z kilkogodzinnym wypoczynkiem przed i po posiłkach. 2) Proszki alkaliczne przed jedzeniem. 3) Usuwanie kwasów za pośrednictwem sondy raz dziennie. Mleko pół na pół ze śmietanką w ilości 100 gramów co godzinę od 7 rano do 7 wieczór. 5) Do powyższych zabiegów kuracyjno-dietetycznych dodawane stopniowo jaja na miękko, prze-

tarte kleiki i kaszki. W ciągu 2-tygodniowej kuracji powyższej, pacjent powinien otrzymywać prócz mleka ze śmietanką lub samego mleka w jej braku, 3 jaja na miękko i 200 gramową porcję gotowanej i przetartej kaszki .(podzieloną na 3 posiłki), spożywając naprzemian kaszkę i jaja. 6) Stopniowo po 2 tygodniach dodawać można przecierane jarzynki, zapiekane mleczko, nigdy nie podając więcej niż 130 gramów naraz. 7) W 4-tym tygodniu ilość mieszaniny mleka i śmietanki można podnieść do 150-ciu gramów, t. j. nieco więcej, niż pół szklanki i dawać co dwie godziny, po kilku tygodniach co trzy godziny. 8) Z małemi dodatkami, jak naprzykład czerstwy chleb, masło, dobrze ugotowane mięso i ze zmniejszeniem ilości podawanych proszków, dieta ta trwać może kilka miesięcy, a nawet rok. (C. d. n.).

Marja Morzkowska, mag. przyrody i dietetyki

Opieka nad matką i dzieckiem we Francji

Praca społeczna, „*le service social*", łącząca się ściśle z ideą pokoju i ustalenia międzynarodowych stosunków, od niedawna zorganizowana przez państwa i traktowana systematycznie, obejmuje opiekę społeczną w najszerszem słowa tego znaczeniu. Jako podłoże ma opieka społeczna ideę o najwyższej i nieprzemijającej wartości życia: pomoc w nieszczęściu i przeciwdziałanie ciemnocie i krzywdzie, — ideę, tak głęboko i prawdziwie przemawiającą do umysłów ludzi obecnego wieku.

Opieka społeczna w kulturalnej Francji, obejmująca wszelkie dziedziny życia, interesuje nas 1° ze względu czysto humanitarnego, jako doskonała organizacja społeczna, 2° ze względu na olbrzymią ilość polskich emigrantów - robotników, którzy z niej korzystają.

Punktem wyjścia pomocy społecznej we Francji jest pomoc, udzielana matce i dziecku. Jest to zupełnie naturalny gest w stosunku do istot najsłabszych w społeczeństwie: kobiety przed i po urodzeniu dziecka i dziecka, istoty zupełnie bezsilnej.

We Francji zaś specjalnie zaakcentowany wysiłek w tym kierunku ma podstawy w zmniejszającej się silnie rozrodczości narodu. „Liczba urodzeń, to jedno z najważniejszych zagadnień państwowych" — mówi Dr Mourot. Wychodząc z tego założenia, prawo francuskie surowo karze rozmyślne poronienie (*art. 317 Code Pénal, loi du 27 mars 1923, du 31 Juillet 1920)* i dzieciobójstwo (*loi du 21 novembre 1901*).

Kobieta w ciąży

Kobieta w ciąży, ze względu na zdrowie dziecka i swoje, staje się przedmiotem szczególnej troski i uwagi opieki społecznej. Zgodnie z prawem Engelarda *(loi du 15 juillet 1893)*, kobieta w odmiennym stanie jest zrównana z chorymi: „*Les femmes enceintes sont assimilées à des malades*".

Prawo o odpoczynku robotnic

Prawo Straussa rozszerza i ulepsza pomoc, niesioną matce, pozwalając przerwać kobietom pracę na 8 tygodni: — cztery przed i cztery po urodzeniu dziecka, co w żadnym wypadku nie może być powodem

zerwania kontraktu ze strony pracodawcy. Zatrudnianie kobiet przed czterema tygodniami od dnia porodu jest sądownie karane *(loi du 27 novembre 1909, du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, complétée par la loi du 30 juillet 1913 et modifiée par les lois du 15 juillet 1914 et du 2 décembre 1917).*

Nauczycielki zaś, urzędniczki poczt, telegrafów i telefonów, robotnice pracowni amunicji, jak i zajęte przy wyrobach tytoniowych i zapałczanych mają urlop płatny na dwa miesiące *(loi du 15 mars 1910).*

Kobieta narodowości francuskiej i pozbawiona środków do życia (prawo głównie troszczy się o kobiety samotne: wdowy lub opuszczone) ma prawo do zapomóg Opieki Społecznej. W tym celu winna złożyć na ręce mera w trzecim lub piątym miesiącu ciąży (możliwie jak najwcześniej, gdyż podanie złożone po urodzeniu dziecka wpłynie tylko na zasiłki późniejsze) prośbę o zasiłek, świadectwo lekarskie z datą, od której petentka przestała pracować, akt zejścia męża, jeśli jest wdową.

Zapomogi przed urodzeniem

Z chwilą opuszczenia pracy otrzymuje zasiłek w kwocie 2.75 franków dziennie (lub 1.50 fr. o ile zamieszkała w szpitalu lub domu dla matek), też samą sumę dostaje kobieta po urodzeniu dziecka. Powyższa zapomoga jest udzielana przez państwo; przysługuje również kobietom, żyjącym w małżeństwie, o ile mąż (względnie kochanek) zarabia mniej niż 32 fr. dziennie i o ile mieszkają w pokojach umeblowanych *(hôtel meublé).*

Prócz powyższej, mogą być udzielane inne zapomogi, np. samorządowe, instytucyj dobroczynnych i t. p.

Porady

Kobieta ciężarna ma prawo, a nawet obowiązek otrzymywania darmo porad w szpitalach. Jest to prawo niezwykle ważne, gdyż kuracja matki przed urodzeniem dziecka może je ustrzec w wielu wypadkach od choroby dziedzicznej. Przy klinice Baudelocque w Paryżu znajduje się specjalna poradnia, przeznaczona do leczenia chorób dziedzicznych.

Jeżeli kobieta jest bezdomna, może zamieszkać w okresie przed rozwiązaniem w t. zw. „domu“, lub „schronisku macierzyńskiem” *(„maison, asile maternel“*.

Stow. wzajemnej pomocy

Najszlachetniejszą, a jednocześnie najbardziej demokratyczną formą opieki nad dzieckiem i matką są t. zw. *„mutualités“* — stowarzyszenia wzajemnej pomocy kobiet, gdzie każda członkini wpłaca miesięcznie 25 cnt. a przez to samo zapewnia sobie pomoc w okresie ciąży, a później bieliznę i wyprawkę dla dziecka. Stowarzyszenia te rozwinęły się głównie w Lyonie i Marsylji.

Inicjatywa prywatna

Zdarza się też nierzadko we Francji, że pomoc, niesiona słabym i chorym staje się udziałem osób prywatnych; istnieją niekiedy przemysłowcy inteligentni i uspołecznieni, którzy z własnej inicjatywy zapewniają warunki zdrowotne i higjeniczne robotnicom, zatrudnionym w ich przedsiębiorstwach. W tym kierunku pracują przemysłowcy lyońscy.

Pobyt w szpitalu

Ze względu na higjenę dziecka i matki, poród odbywa się w szpitalu, co oprócz dużych korzyści przedstawia wielki minus — opustoszenie ogniska rodzinnego na przeciąg paru tygodni. Jednakże problem mieszkań brudnych, t. zw. *„taudis“*, długo jeszcze stać będzie na przeszkodzie.

Pobyt w szpitalu jest zasadniczo płatny — dziennie około 39 fr.; jeżeli jednak mąż zarabia mniej niż 40 fr. dziennie, kobieta otrzymuje zniżkę, wynoszącą 10, 15 fr. dziennie, a najczęściej pozostaje zupełnie bezpłatnie. Pobyt bezpłatny otrzymują zawsze kobiety samotne, bez środków do życia. W wypadku, gdy kobieta płacić nie może, musi złożyć prośbę o pobyt bezpłatny, którą szpital przekazuje gminie.

Dziecko

Z chwilą przyjścia na świat, dziecko zaczyna mieć obowiązki względem społeczeństwa, a więc przedewszystkiem musi być oznaczony jego stan cywilny. W ciągu trzech dni od daty urodzenia powinien lekarz, ojciec lub akuszerka złożyć deklarację przed urzędnikiem stanu cywilnego. Niespełnienie tej, tak na pozór błahej formalności, pociąga liczne komplikacje i trudności.

Dzieci nieślubne

W związku ze sprawą stanu cywilnego, wyłania się kwestja dzieci nieślubnych, tak ciekawie we Francji potraktowana: dzieci naturalne (wyłącza się tu dzieci, zrodzone w cudzołóstwie i kazirodztwie) mogą być uznane za legalne:

1° Przez ślub rodziców,

2° przez uznanie ze strony ojca i matki. Uznanie zaś *(la reconnaissance)* jest przyznaniem się do ojcostwa lub macierzyństwa i musi być odbyte w obecności urzędnika stanu cywilnego. Ojciec może uznać dziecko przed urodzeniem *(le père reconnaît l'enfant au ventre)*. Dziecko nieślubne nosi nazwisko ojca, jeśli je uznał pierwszy, w wypadku przeciwnym — nazwisko matki. Gdyby uznanie było jednoczesne — przysługuje mu również nazwisko ojca. Narodowość otrzymuje ojca, względnie tego, który je uznał pierwszy. Dzieci nieślubne mają prawo do dziedziczenia po ojcu lub matce: otrzymują połowę spadku, jeśli rodzice mają inne dzieci ślubne, a trzy czwarte w wypadku, gdy ojciec lub matka mają rodzinę prawną w linji następnej.

Zaznaczyć tu muszę pewną rzecz ciekawą i wielce charakterystyczną: śmiertelność wśród dzieci nieślubnych jest prawie dwa razy większa, niż dzieci ślubnych. Np. statystyki z lat 1909—1918 wykazują 9% śmiertelności wśród dzieci prawych, a 13% wśród naturalnych.

Poszukiwanie ojcostwa

Pozostaje jeszcze wypadek najsmutniejszy: gdy ojciec nie przyznaje się do dziecka, a ciężar jego utrzymania pozostawia matce, którą jest najczęściej pracująca ciężko dziewczyna. Przeciw tej niesprawiedliwości społecznej, która najbardziej odbija się na dziecku, wystąpiło prawo, dozwalające poszukiwania prawnego ojcostwa poza małżeństwem w pięciu ściśle

określonych wypadkach (*loi sur la recherche de la paternité du 16 novembre 1912*):

1° W razie porwania lub zgwałcenia, o ile data porwania lub gwałtu odnosi się do daty poczęcia.

2° W wypadku uwiedzenia, dokonanego zapomocą oszustwa, nadużycia władzy, obiecania ślubu lub zaręczyn i jeśli istnieje początek dowodu na piśmie.

3° Jeżeli istnieją listy albo inne dowody na piśmie, z niedwuznacznem przyznaniem się do ojcostwa.

4° Jeżeli domniemany ojciec i matka dziecka żyli w konkubinacie notorycznym w okresie odpowiadającym poczęciu.

5° Jeżeli domniemany ojciec utrzymywał lub pomagał utrzymywać i kształcić dziecko, występując w charakterze ojca.

Jak już nadmieniłam, kobieta, potrzebująca pomocy, otrzymuje dziennie po 1.50 fr., względnie 2.75 fr. w okresie połogu, w ciągu ośmiu tygodni; w razie urodzenia bliźniaków, lub istnienia starszego dziecka, zasiłki są proporcjonalnie zwiększane.

Pokarm naturalny

Opieka społeczna okazuje wiele energji w staraniu o zdrowie i pomyślny rozwój dziecka. Wobec tego, że nic nie zastąpi karmienia piersią, a jak wykazały statystyki, najmniejsza śmiertelność wśród dzieci jest wtedy, gdy matka karmi dziecko, prowadzona jest wielka propaganda we Francji, zdążająca do zmuszenia kobiet do karmienia dzieci. W tym celu w ciągu miesiąca udzielane są matkom zasiłki w kwocie 50 cnt. dziennie. Inną zapomogę — 15 fr. miesięcznie — otrzymuje kobieta, karmiąca rok swoje dziecko.

Kantyny

Oprócz powyższych istnieje pomoc w naturze — mowa tu o kantynach macierzyńskich (*les cantines maternelles*), czyli bezpłatnych restauracjach dla kobiet w ciąży lub karmiących dzieci. Są to instytucje, subwencjonowane w połowie przez państwo, w połowie przez władze miejskie i osoby prywatne. Znajduje się ich 8 w Paryżu, w biedniejszych dzielnicach miasta. Każda kobieta od piątego miesiąca ciąży za okazaniem świadectwa z *maternité*, każda matka karmiąca dziecko, może spożyć tu dwa posiłki dziennie bezpłatnie i nie dając żadnych informacyj o sobie. Tak więc przez 16-cie miesięcy (4 miesiące ciąży i 12 karmienia dziecka) młoda matka ma jedzenie pożywne i zdrowe.

Porzucenie dzieci

W dalszym ciągu powstaje kwestja tak aktualna i na temat której tak wiele ciągle używa się słów i przelewa się atramentu, kwestja piekąca i ważna, t. j. sprawa utrzymania za wszelką cenę dziecka przy matce. Istnieje bowiem duży procent dziewcząt, które czyto przez nędzę, czy ze względu na opinję, czy wreszcie na własną wygodę, oddają dzieci do zakładów. Opinja publiczna, głosy doktorów, a głównie opieki społecznej występują we wszelki możliwy sposób przeciw temu postępowaniu. Pracowniczki społeczne, odwiedzające zakłady położnicze wiedzą, jak niekiedy sytuacja jest skomplikowana i jak trudno i ciężko przychodzi prze-

konać dziewczynę, aby się z dzieckiem nie rozstawała. Często ma się tu do czynienia z nędzą i wielkiem nieszczęściem, czasem z lekkomyślnością i egoizmem matki. Propaganda utrzymania dziecka przy matce, oprócz wielu czynników psychologicznych, prowadzona jest ze względu na dobro obojga — dziecka, aby miało swoją własną rodzinę, — matki, aby miała później w życiu podporę.

Pomoce i zasiłki

Aby zapobiec opuszczaniu dzieci, czynniki społeczne i państwowe zorganizowały następujące pomoce i zasiłki dla matek:

1° Domy macierzyńskie (*les maisons maternelles*), które dzielą się na dwie kategorje:

a) Schroniska pierwszej rekonwalescencji (*maisons de première reconvalescence*), przeznaczone dla wszystkich ozdrowieńców, w których matki po połogu z dziećmi mają osobny oddział i przebywają około dwóch tygodni.

b) Schroniska drugiej rekonwalescencji (*maisons de deuxième reconvalescence*), gdzie kobieta może pozostać kilka miesięcy, względnie cały okres karmienia dziecka piersią. Tam ma sposobność opiekowania się niemowlęciem. Zajmuje się również gospodarstwem domowem; otrzymuje dziennie zasiłek w sumie 1.50 fr.

Doświadczenie wykazało, że po pobycie trzymiesięcznym w „domu macierzyńskim" kobiety przywiązują się do swoich maleństw i nie chcą już rozstawać się z niemi.

2° Udzielany jest zasiłek dla dziecka t. zw. pomoc czasowa (*le secours temporaire*). Dziecko należy całkowicie do matki, bada się jedynie, czy zapomogi otrzymywane obracane są zgodnie z ich przeznaczeniem. Daje więc opieka społeczna: 20 fr. i wyprawkę; w pierwszym roku 20—25 franków, w drugim 17 fr., w trzecim 15 fr. Dziecko jest wtedy wspomagane (*„l'enfant seccuru"*).

3° Kobieta, która nie porzuca dziecka, lecz w żaden sposób nie może go zatrzymać przy sobie (jeśli przyjęta jest wraz z dzieckiem do służby) otrzymuje 60 fr.), zmuszona jest oddać dziecko do mamki na wieś. Otrzymuje wtedy 135 fr. jednorazowo na mamkę, którą sobie sama wybiera, (t. zw. *„mise en nourrice"*). W ciągu pierwszego roku opieka społeczna wypłaca mamce 50—60 fr. miesięcznie, matka zaś dopłaca resztę należności za dziecko wedle tego, jak się z nią umówiła. W następnym roku zasiłek miesięczny wynosi od 40—50 franków.

W wypadku zaś, gdy kobieta dziecko zatrzymuje przy sobie na stałe, otrzymuje następujące zapomogi miesięczne:

120 franków przez pierwsze 6 miesięcy (150 franków, gdy są specjalnie ciężkie warunki),

100 franków od 6 do 9 miesięcy,

90 franków od 9 do 12 miesięcy,

80 franków od 12 do 15 miesięcy,

70 franków od 15 miesięcy do 2 lat,

60 franków od 2 lat do trzech.

Mamka

O umieszczeniu dziecka u mamki i wypełnieniu wszelkich z tem związanych formalności mówi prawo Roussel'a, według którego mamki poddane są ścisłej kontroli prefektury, (co, mimo wszystko, jest jeszcze niedostateczne). *(Loi du 23 décembre de 1874, dite loi Roussel).*

Zasiłki te otrzymują wdowy, rozwódki, kobiety opuszczone oraz samotne, poza tem wdowy i kobiety opuszczone, mające dwoje dzieci poniżej 13-tu lat są na prawach „licznych rodzin", („*familles nombreuses*") i jako takie otrzymują odpowiednie premje, co określa prawo z dnia 14. lipca 1913 roku.

Wszelkie zapomogi są bezwarunkowo zniesione, gdy matka pozostawia dziecko opiece społecznej, lub gdy nie stosuje się do przepisów.

Dziecko przy matce

W wypadku, gdy matka zostawia niemowlę przy sobie, nasuwa się największa trudność: gdzie ma je zostawić na czas pracy. Pozostawianie dziecka w ochronce (*garderies d'enfants*) starego typu pod opieką kobiet, nie umiejących się najczęściej obchodzić z drobnemi dziećmi, brudnych, a co gorsza nierzadko chorych na gruźlicę, spotkało się już dawno z ostrą krytyką higjenistów. Problem był zbyt piekący, aby się nim zaraz nie zajęto, zbyt trudny, aby go odrazu zadawalająco rozwiązano.

Żłobki dziecięce

Obecnie kobiety mogą pozostawić dziecko, mające mniej niż trzy lata w t. zw. *crèche* — żłobku dziennym dla dzieci. Przebywają w nim zdrowe dzieci podczas pracy matek. Trzeba mieć specjalne pozwolenie prefekta policji na otwarcie żłobka, który musi być prowadzony przez kobiety z pewnem wykształceniem w dziedzinie higjeny dziecięcej i odwiedzany przez lekarza.

Przy żłobku mieści się zwykle kuchnia mleczna oraz poradnia dla niemowląt.

Żłobki przy fabrykach

Aby ułatwić kobietom karmienie dzieci kilka razy w ciągu dnia, prawo (*loi du 5 août 1917*) pozwoliło na dwukrotne przerwanie pracy w ciągu dnia po 30 minut. Przemysłowcy zaś, zatrudniający w swych pracowniach ponad 100 robotnic, w wieku od 15 lat, obowiązani są urządzić przy fabrykach specjalne sale (*chambres d'allaitement*), gdzie pozostawionym niemowlętom zapewniona jest opieka. Opuszczenie pracy na 20 minut przedpołudniem i 20 minut popołudniu nie może być w żadnym wypadku wytrącane kobiecie przy wypłacie.

Ogródki dziecięce

Okres między 3 a 7 rokiem życia nazwano „drugiem dzieciństwem". Dziecko przestało być niemowlęciem, zaczyna stykać się ze światem zewnętrznym, doznawać pierwszych wrażeń. Jest wtedy ruchliwe, wiecznie zajęte i więcej niż kiedykolwiek wymaga opieki. Dla dzieci w tym okresie istnieją specjalne instytucje, a mianowice: dawne ochronki (*écoles maternelles*) i nowe, prowadzone według najświeższych zasad pedagogicznych — ogródki dziecięce metody Froebla. Raport Dra Rubera z Narodo-

wego Komitetu opieki nad dzieckiem charakteryzuje obszernie te instytucje i podkreśla ich dodatni wpływ na małych wychowanków, tąk pod względem fizycznym, umysłowym, jak i moralnym.

Zakłady takie powinny się mieścić w jednej lub dwóch wielkich i jasnych salach, gdzie fachowo wykształcone opiekunki prowadzą gry, zabawy, tańce i marsze rytmiczne, gimnastykę i różne łatwe robótki ręczne. Dzieci, których rodzice wziąć nie mogą do domu na obiad, jedzą go na miejscu. Pożywienie winno być zdrowe, przystosowane do wieku i spożyte w specjalnej jadalni.

Z ukończeniem lat 7 zaczyna się „trzecie dzieciństwo", okres szkolny, który przedstawia wiele braków i daje obszerne pole do działania pedagogom, lekarzom i pielęgniarkom społecznym — te sprawy nie wchodzą jednak. w zakres niniejszej pracy.

Dziecko rozłączone z matką

Zkolei przystępujemy do badania wypadku, kiedy niemowlę jest odłączone od matki.

W tym wypadku istnieją dwa sposoby wychowania noworodków:

1° W tak zwanej *„pouponnière"*, t. j. zakładzie zamkniętym, w którym dzieci są wychowywane zbiorowo do lat dwóch. Czasami uda się zatrzymać samą matkę z dzieckiem i wówczas dodaje się jej do karmienia inne niemowlę. Instytucja ta jest pod stałą opieką lekarską i posiada wykwalifikowany personel pielęgniarski.

2° Drugi sposób wychowania noworodków stanowią t. zw. ośrodki wychowania (*centre d'élevage*), zwane również „gniazdami". Polegają na grupowaniu dzieci we wsiach u rodzin wieśniaczych w promieniu najwyżej 1 kilometra. Nad pewną liczbą niemowląt opiekę obejmują wizytatorki społeczne lub pielęgniarki higjeny dziecięcej. Dzieci muszą być poddane co tydzień oględzinom lekarskim.

Dzieci oddane pod opiekę Opieki Społecznej

Mimo wszelkich wysiłków i pomocy, niesionej matkom, nie można zapobiec opuszczaniu przez nie dzieci. W samym departamencie Sekwany zostaje corocznie opuszczonych 2000 dzieci. (Dane statystyczne wyjęte są z książki *„Les enfants assistés"*, patrz bibljografja).

Matka pozostawia dziecko w specjalnem biurze (*le bureau d'abandon*), otwartem dzień i noc, nic nie płaci i nie dostarcza żadnych informacyj dla dzieci do 7-miu miesięcy. Sądownie zaś ścigane i surowo karane jest podrzucanie dzieci.

Opuszczenie oddziela zupełnie dziecko od rodziców, którzy nawet nie znają miejsca jego pobytu — jedynie mogą otrzymywać co trzy miesiące wiadomości o jego zdrowiu.

Narodowość dzieci jest francuska, gdy są urodzone we Francji, religja pozostaje zgodna z życzeniem rodziców; szanuje się nawet wolę rodziców, którzy życzą sobie, aby dziecko nie miało żadnej religji.

Według określenia prawa (*loi du 27 juin 1904*) są dwa rodzaje porzucenia dzieci: materjalne i moralne. Pierwsze polega na zostawieniu dzieci przez rodziców na skutek złych warunków rodzinnych, niemożności utrzymania i t. d. Drugie tyczy dzieci moralnie opuszczonych, które są

rodzicom odbierane na zasadzie prawa z dnia 24 lipca 1889 r., 15 października 1931 r., 19 kwietnia 1928 r., 22 lipca 1912 r.).

Inne prawo (*loi du 27 juin 1904*) odróżnia cztery rodzaje dzieci, któremi opiekuje się opieka społeczna:

1° Dzieci wspomagane przez opiekę społeczną, o których była wyżej mowa.

2° Dzieci, pozostawione przez rodziców na pewien krótki czas (*les enfants en dépot*); wypadek ten zachodzi, gdy oboje rodzice, względnie matka jest chora, a niema komu zostawić dzieci pod opieką.

3° Dzieci oddane pod opiekę przez sąd (*les enfants en garde*) stosownie do ustawy, pozbawiającej władzy rodziców za pewne przewinienia.

4° Dzieci znalezione, z ojca i matki nieznanych, porzucone, sieroty.

Dzieci, pozostawione na stałe w opiece społecznej, „pupile", są umieszczane w zakładach, od 18-go zaś miesiąca życia pojedyńczo na wsi u rodzin wieśniaczych najczęściej, zwanych wychowawcami (*nourriciers*). Otrzymują one po 120 franków miesięcznie za dziecko do 3-ch lat życia; po 100 franków od 3-ch do 13-tu lat życia dziecka. Ubrania dostarcza administracja. Po ukończeniu szkoły początkowej, w wieku lat 15, dzieci zaczynają się uczyć rzemiosła, gdyż Opieka Społeczna przestaje je już utrzymywać.

Uczą się więc zwykle w szkołach zawodowych, których Opieka społeczna posiada 10 w departamencie Sekwany.

Zdarza się jednak, że pupile inteligentni i zdolni kształcą się dalej w liceach, nawet na uniwersytetach, na co otrzymują stypendja państwowe. Są zresztą specjalne fundacje, utworzone przez pewne szlachetne osoby, przeznaczone na naukę pupilów.

Czasami znów wychowawcy (*nourriciers*), bezdzietni, a przywiązani do dzieci, łożą na ich wyższe studja. Tak więc często spotyka się wychowanków Opieki, zajmujących wysokie stanowiska w państwie.

Pupile mogą być uwolnieni od kontroli Opieki przez:

1° Oddanie rodzicom,
2° Emancypację,
3° Adoptowanie,
4° Śmierć,
5° Pełnoletność.

1° Oddanie rodzicom może być dokonane na każde ich żądanie, ale tylko wówczas, gdy będzie to połączone z korzyścią i interesem dziecka. Rodzice są obowiązani wpłacić odrazu lub częściowo sumę, którą wydano na utrzymanie dziecka.

Bardzo surowo badany jest wypadek, gdy rodzice dopominają się o dziecko, mogące już pracować; chodzi im zwykle wtedy o zysk, nie o korzyść dziecka.

2° Emancypacja może być „specjalna", praktykowana zresztą bardzo rzadko, i „cicha", istniejąca w wypadku, gdy wychowaniec lub wychowanka wchodzą w związki małżeńskie. Niejaki Giffard ustanowił 37 posagów, wypłacanych corocznie przez Ministerstwo dziewczętom, wychowanym przez Opiekę społeczną.

3° Często wychowawcy adoptują powierzone im dziecko. Aby ułatwić pupilom znalezienie ogniska rodzinnego, prawo w tym wypadku odchyla

się nieco od ustawy o adoptacji (patrz art. 343—370 *Code civil*), pozwalając, aby adoptujący miał mniej niż 50 lat i był starszy o mniej niż 15 — wystarczy, że dziecko było mu powierzone w ciągu 3 lat.

Pupile narodu

Warunki powojenne wpłynęły na wydanie prawa z dnia 27 lipca 1917 r., mianując „wychowankami narodu“ sieroty, których ojciec lub matka zginęli w okresie wojny 1914 r. jako ofiary wojskowe lub cywilne.

Dzieci chore

Specjalna opieka zapewniona jest dzieciom chorym. Jest to jednak dziedzina, w której dotychczas najmniej zrobiono. Jeśli chodzi o ustrzeżenie dzieci przed chorobami dziedzicznemi, jak lues, tryper, konieczna jest kuracja matki w okresie ciąży. Poza tem wszelkie usiłowania zmierzają do ochrony dziecka przed największą klęską społeczną — gruźlicą.

Odłączenie niemowlęcia od chorej matki natychmiast po jego urodzeniu wymaga wielkich wysiłków i nakładu pracy. Dr. Bernard stworzył w Salbris (Loir-et-Cher) centrum pielęgnacji, specjalnie przeznaczone dla noworodków, których matka zarażona jest gruźlicą. W tym kierunku pracują również instytucje im. Granchera (*L'oeuvre Grancher*). Poza tem prowadzone są szczepienia przeciwgruźlicze B. C. G.

W celu ochrony przed gruźlicą tworzy się prewentorja, czyli specjalne zakłady, gdzie przebywają dzieci w wieku 5—13 lat zdrowe, lecz rodziców gruźliczych.

Opieka społeczna nad Polkami we Francji

Nas zajmuje szczególnie kwestja opieki lekarskiej dla Polaków we Francji. Prawo mówiące o pomocy lekarskiej i społecznej dla Francuzów chorych i kobiet w ciąży, pozbawionych środków dostatecznych, rozciąga się i na obcokrajowców, jeżeli rząd zawarł specjalną umowę z ich państwem (*loi du 15 juillet 1893*).

Umowa między Francją a Polską z 14 października 1920 zapewnia Polakom we Francji oraz Francuzom w Polsce opiekę społeczną i lekarską stosownie do praw i zwyczajów kraju pobytu. Państwo, w danym wypadku Polska, zwraca Francji koszta utrzymania chorych tylko wtedy, gdy przebywają mniej niż 5 lat we Francji i o ile choroba i leczenie trwa dłużej niż 60 dni.

Tak w zarysie wygląda we Francji opieka społeczna, której plan nakreślony jest śmiało i wyczerpująco, wykonanie przedstawia jednakże wiele niedociągnięć i braków. Przed prawnikami społecznymi znajduje się więc wielkie pole działania; dobre wyniki zależą przedewszystkiem od fachowego i poważnego przygotowania w tym kierunku. We Francji powstaje coraz więcej szkół, z których wychodzą pielęgniarki społeczne; szeroki zastęp osób zajmuje się obecnie naukami i pracą społeczną.

Przyjdzie wreszcie czas, że opieka społeczna stanie się nieodzownym warunkiem życia wszystkich kulturalnych społeczeństw, a szeregi pracowników społecznych będą zwarte, silne i przygotowane do prowadzenia

jedynej świętej i godnej nowoczesnych ludzi wojny — z ciemnotą i krzywdą.

Bibljografja

1⁰ Dr G. Ichok — *La protection sociale de la santé.* (Rivièr 1925).

2⁰ Dr Armand Delille — *Le service social dans les collectivités contemporaines* (Delagrave 1929).

3⁰ P. Nobécourt et G. Schreiber — *Hygiène sociale de l'enfance* (Masson 1921).

4⁰ Gouschon et Dr Mouret — *Manuel pratique d'assistance* (Lyon 1926)

5⁰ *Administration Générale de l'Assistance à Paris — Les Enfants assistés, pupiles du Département de la Seine.*

6⁰ Bouzon — *La recherche de la paternité.*

7⁰ *Code civil* — Dalloz.

Aniela Gacka

Przegląd pism

Pisma krajowe

Zdrowie Nr 11 — 12, 1931 r.

Obecny stan prohibicji w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, Stanisława Adamowiczowa. — W dziesięć lat po uchwaleniu Narodowego Aktu Prohibicji powołano specjalną Komisję do zbadania faktycznego stanu rzeczy. Prace jej wykazały w pierwszym względzie, że „nie ulega wątpliwości, iż mówiąc o kraju, jako całości, stwierdzić należy, iż klasy zamożniejsze, pracownicy umysłowi i zawodowi, przemysłowcy, ich rodziny, oraz lepiej płatni robotnicy i ich rodziny, piją dużo, całkiem otwarcie ignorując zakaz zawarty w Narodowym Akcie Prohibicyjnym". Tolerancja względem picia wzrosła w obecnem pokoleniu, a młodzież do zakazu odnosi się wzgardliwie. Przyczyny tego stanu rzeczy są następujące: „1) 18 poprawka do Konstytucji została przeprowadzona i ratyfikowana podczas wielkiej wojny, Narodowy Akt Prohibicyjny był wydany bezpośrednio po wojnie. Zakaz więc został uchwalony w chwili, w której najłatwiej go było przegłosować i najtrudniej wprowadzić w życie. Z jednej bowiem strony w okresie wojen obywatel zwykle łatwo zrzeka się swych praw osobistych, celem wzmocnienia rządu, z drugiej zaś — czasy powojenne są zwykle pełne niepokoju społecznego i wtedy to wzmożenie władzy rządu kosztem praw jednostki pociąga za sobą gwałtowną reakcję przeciwko nadużywaniu władzy, czego się zwykle nie daje uniknąć w podobnych warunkach. 2. Uchwalając zakaz, nie zdawano sobie sprawy z ogromu zagadnienia i wydawało się, iż sam fakt wprowadzenia poprawki do konstytucji i zaangażowanie władz federalnych w tej sprawie wystarczy, aby wprowadzić prohibicję w życie. Nie zastanawiano się nad tem, że nowe prawo wkłada na rząd federalny obowiązek zmuszenia do całkowitej abstynencji 122,000.000 ludności, zamieszkującej terytorjum o obszarze 3,500.000 mil kw., wypijającej w chwili wprowadzenia zakazu 2,000.000.000 gallonów (gal. 3,7 litra) napojów alkoholowych rocznie".

Z biegiem czasu okazywało się coraz jaśniej, że przekraczać zakaz nie trudno natomiast rzeczą ogromnie trudną jest wprowadzenie ustawy w życie. Aparat administracyjny, przeszedłszy różne fazy, spoczął w roku 1930 w ręku departamentu sprawiedliwości. O dobór funkcjonarjuszy było bardzo trudno i dlatego, że wynagrodzenie ich nie było wysokie i dlatego, że niełatwo było o dobranie ludzi o odpowiednim poziomie etycznym. Łapownictwo, szpiegostwo, zajazdy, strzelanina — zdarzały się często. Przytem warunki pracy są wyjątkowo trudne, wobec śmiesznie małej liczby urzędników prohibicyjnych i skomplikowanej współpracy z innemi instytucjami. Wpływy działaczów politycznych hamowały akcję władz, czego narazie nie przewidziano. Nie przewidziano również rozmiarów, jakie przybierze szmugiel alkoholu, odbywający się lądem, wodą i powietrzem, a którego głównem źródłem są Kanada i Meksyk. Szmuglerzy są doskonale zorganizowani, a handel opłaca się sowicie. W roku 1913, przed wprowadzeniem zakazu, władze skonfiskowały 2.375 aparatów do nielegalnego pędzenia wyskoku, w roku 1920 — 32.000, w roku 1928 — 261.000, przytem obecnie są to całe gorzelnie

o skomplikowanym systemie ochrony. Pracownicy są chronieni, grzywna jest za nich opłacana, rodzina ma zapewnioną opiekę, jeśli idą do więzienia, po odbyciu kary są pewni otrzymania posady, czy udziału. Istniejące poza tem aparaty dla domowego użytku wyrabiają napój o podrzędnym gatunku, lecz tani. Można również wyrabiać alkohol względnie czysty z alkoholu denaturowanego, który może być sprzedawany bez specjalnego pozwolenia. Jeśli jednak liczby wypijania alkoholu, podane przez Biuro prohibicji są rzeczywiste, to, choć ogromne, wskazują na znaczne zmniejszenie spożycia wyskoku po wprowadzeniu zakazu: w roku 1917 wypito 167,740.325 gal. spirytusu, 42,723.376 gal. wina i 1,885.071.304 gal. piwa, podczas gdy w roku 1929—1930 wypito 69,828.218 gal. spirytusu, 118,476.200 gal. wina i 684.176.800 gal. piwa. — Sposoby i metody sprzedaży są rozmaite: czasem są ledwie zamaskowane, dzięki wysokiej protekcji, czasem mają pozory kawiarni, składów aptecznych, stacyj sprzedających benzynę itd. Komisja domaga się zmiany zarządzeń federalnych, normujących przepisywanie alkoholu przez lekarzy, uważając, że lekarze zanadto są krępowani. — Sądy są tak zawalone sprawami prohibicyjnemi, że w niektórych z nich, dla skrócenia czasu obrad, przyjęte są wstępne układy między sądem a oskarżonym, co idzie bardzo na rękę elementom kryminalnym, i ogromnie obniża powagę sądów, które nieraz gromadzą różne męty społeczne. — Zastanawiając się nad trudnościami natury psychologicznej, Komisja stwierdza: „Od początku naszego istnienia rządziła nami zawsze opinja publiczna. Oczekujemy, aby prawodawstwo stosowało się do opinji publicznej, nie zaś, żeby opinja publiczna naginała się do ustawodawstwa. Niezależnie od tego, czy opinja publiczna w danej chwili i w danej sprawie ma rację, czy też nie, jest to sprawa, która zgodnie z poglądami amerykańskiemi nie da się rozstrzygnąć słowami „uchwala się iż...“ Zagraża to poważnie porządkowi prawnemu, gdy w księgach ustawodawczych wpisane są prawa, teoretycznie obowiązujące w całem państwie i proklamujące pewną politykę dla całego terenu kraju, których opinja publiczna w licznych znacznych środowiskach nie chce wprowadzić, a w innych nie chce znieść, aby zostały ściśle przestrzegane. Szkody, jakie z tego stanu rzeczy wypływają dla naszych instytucyj prawodawczych i politycznych muszą być dokładnie zważone przy rozważaniu zysków wypływających z zakazu“.

Stosunek do prohibicji jest różny w różnych stanach. Przed uchwaleniem prohibicji dążono do wstrzemięźliwości w używaniu napojów alkoholowych, gdy więc przyszło głosować za lub przeciw prohibicji, głosowano za, zczasem dopiero stosunek się zmieniał, aż przeszedł w opozycję. Najjaskrawszym tego dowodem jest odwołanie ustaw prohibicyjnych przez różne stany, przez co walkę musiał podjąć sam tylko rząd federalny. Obecnie 8 stanów, 25 procent ludności, albo nie ma ustaw, albo je odwołało, a przeprowadzenie prohibicji bez pomocy administracji lokalnej napotyka na niepokonane trudności. — Jakie są dodatnie strony prohibicji? Zwiększenie wytwórczości, choć należy je przypisać również i czynnikom polepszającym byt i warunki pracy robotnika. Nowoczesna organizacja pracy tak zmieniła jej warunki, że trudno powiedzieć, czy prohibicja zmniejsza liczbę nieszczęśliwych wypadków w przemyśle. Podobnie ma się i kwestja oszczędności. Trudno też określić wpływ prohibicji na zdrowie publiczne.

Współczynnik zgonów z alkoholizmu był najniższy w roku 1920, odtąd stale wzrasta, wskutek, jakoby, wyższej toksyczności napojów alkoholowych. — Szereg działaczy społecznych stwierdzał, że wprowadzenie zakazu wpłynęło na lepszy układ stosunków w rodzinie robotniczej, sprawy te jednak są tak skomplikowane, że ich rozstrzygnąć niepodobna. (N. p. liczba rozwodów z powodu alkoholizmu wzrasta z roku na rok). Przestępczość w Stanach Zjednoczonych wzrasta zastraszająco, lecz nie można za to czynić odpowiedzialną ustawę prohibicyjną, choć dzięki niej ogromne kapitały gromadzone są w rękach jednostek kryminalnych, a młode pokolenie rośnie w atmosferze łamania prawa. — Między członkami Komisji nie było jednolitości, lecz większość jej była zdania, że zniesienie prohibicji stworzyłoby sytuację równie niepożądaną, jak ta, z której obecnie szuka się wyjścia. Komisja stwierdziła, że ustawodawstwo powinno uznać różne typy prohibicji, zamiast jednego w całym kraju. Naogół Komisja nie podała żadnego programu, a ograniczyła się tylko do ogólnych wniosków, pełnych wahań i niedomówień.

Wnioski i polecenia autorka podaje na końcu artykułu, kończąc go uwagą, że Komisja w raporcie swym położyła zbyt mały nacisk na sprawę rozsądnej propagandy przeciwalkoholowej.

Pisma zagraniczne

Nosokomeion, kwartalny przegląd szpitalny, Nr 2, 1931

Zasady etyczne pielęgnowania chorych w szpitalu, W. Alter. Pielęgnowanie chorych, to nie rzemiosło, ale powołanie opierające się na wewnętrznym kategorycznym nakazie: Kochaj bliźniego, jak siebie samego! Zdanie to zawiera całą treść ludzkiej etyki, a jednem z jej najczystszych objawów jest pragnienie ulżenia i pomocy cierpiącemu. Pielęgnowanie chorych we właściwem zrozumieniu jest stosowaną etyką. Kobieta z natury ma więcej od mężczyzny danych do tego rodzaju pracy, dzięki właściwemu kobietom uczuciu macierzyńskiemu, które musi tkwić w podstawy pielęgnowania chorych. Pielęgniarka, przejęta takim wewnętrznym nakazem i uczuciem szybko uczy się patrzeć jako na coś zupełnie naturalnego, że spełniając najtrudniejszy obowiązek swego powołania, daje przy każdej sposobności więcej, aniżeli otrzymuje, zachowując przy tem konieczny umiar, gdyż bezpłodne poświęcenie mija się całkowicie z celem. Pielęgniarka musi dążyć do poznania samej siebie, do bezwzględnej samokrytyki, jest to bowiem podstawa samowychowywania. Tak jak przy każdej pracy, wartość pracy pielęgniarskiej pozostaje w prostym stosunku do ochoty, z jaką się ją podejmuje. Dobry humor często czyni cuda przy łożu chorego. Każda pielęgniarka, która chce naprawdę poświęcić się swemu powołaniu, musi utrzymywać się w stanie duchowym, wyższym ponad małostki życia codziennego.

Utrzymywanie własnej zdolności do pracy, nawet jej wzmożenie, jest dalszym przykazaniem zawodowej etyki. Pielęgniarka zatem musi surowo przestrzegać osobistej higjeny, przy każdej sposobności wzmacniać swój organizm, posiadać niezachwianą wolę utrzymywania się w zdrowiu i wystrzegać się bezwarunkowo przyzwyczajania się do narkotyków, nie wyłączając alkoholu i tytoniu. Pielęgniarka, która się nie przyznaje do tego, że niedomaga, wykracza poważnie przeciw zasadom swego zawodu. Lecz dbać musi także o swe zdrowie duchowe, a nietylko fizyczne. Samowychowywanie polega tu na osiąganiu coraz wyższych wartości moralnych i coraz wyższego stanowiska duchowego, z którego się patrzy na świat i życie. Dążyć należy do tego wszelkiemi dostępnemi drogami, rozszerzania wiedzy teoretycznej i praktycznej. Dobre kierownictwo powinno dostarczać do tego wszechstronnej sposobności, -- naturalnie w pierwszym rzędzie w kierunku zawodowym.

Każda pielęgniarka ma prawo wymagać najlepszych warunków dla pracy i dla siebie, by zdolność jej do pracy nie osłabła, co pozostaje w zgodzie z moralnością zawodową, — nie może jednak posuwać się tak daleko, by odsuwać się od pracy nawet częściowo. Strajk pielęgniarek, podobnie jak strajk lekarzy, jest wykroczeniem przeciw etyce zawodowej.

Stosunek zespołu personalu pielęgniarskiego do innych grup pracowników szpitalnych wymaga wielkiego taktu. W stosunku lekarzy do pielęgniarek nie może rozstrzygać sympatja lub antypatja, ale panować musi szacunek, szczerość, rzetelność i rzeczowość. Pielęgniarki w stosunku do sił pomocniczych muszą pamiętać, że ich własna praca jest w znacznej mierze zależną od pracy tamtych, że to są także współpracownicy.

Duch panujący w szpitalu zależy od przełożonej pielęgniarek. Przełożona, godna swego stanowiska, staje się wzorem moralności zawodowej, w świetle której stosuje bezwzględną samokrytykę myślenia i działania i jest przejęta najgorętszym zapałem.

Pielęgniarka nie jest w zgodzie z etyką zawodową, jeżeli odwiedziny chorego przez rodzinę i przyjaciół uważa za zło konieczne i nie rozumie korzyści takich odwiedzin dla chorego. Jest to zapatrywanie błędne, stosowane zresztą zwykle wtedy, gdy chodzi o niższe klasy społeczne i powinno być z gruntu wykorzenione.

Zamilczanie prawdy wobec chorego i jego bliskich — to trudny problem w zawodzie pielęgniarskim, ale takie zamilczenie jest konieczne, gdy prawda o prawdopodobnej katastrofie może podziałać tylko druzgocąco i katastrofę przyspieszyć. Nie zawsze można tu zasłonić się lekarzem i często musi pielęgniarka wziąć na siebie odpowiedzialność. Trzeba jednak być konsekwentnym w tem, co się mówi, bo niejasne, połowiczne objaśnienia i odpowiedzi najwięcej męczą chorego i najwięcej mu szkodzą.

Ostatnią i najwyższą etyczną posługą jest pomoc w chwili śmierci: okazanie najwyższego szacunku dla śmierci i gorącej miłości bliźniego. H. C.

Kronika pielęgniarska

Warszawa

ZE STOWARZYSZENIA ABSOLWENTEK WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA. — Zebranie dnia 2-go czerwca 1931 roku. Obecnych 27 członkiń. Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie Komisji Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej. 2) Sprawozdanie Komisji wycieczkowej. 3) Wolne wnioski. — P. Statkiewiczowa, przewodnicząca Komisji Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej odczytuje sprawozdanie z prac Komisji i projekt statutu Kasy. Pośród zebranych wywiązuje się ożywiona dyskusja. Ostateczne opracowanie statutu i regulaminu Kasy odłożono do zebrania jesiennego, wyrażając pani Statkiewiczowej i pozostałym członkiniom Komisji serdeczne podziękowanie za wyczerpujące i pełne starania opracowanie statutu. — 2) P. Dewiczówna, przewodnicząca Komisji wycieczek, informuje zebrane o wyznaczonych na miesiąc lipiec br. wycieczkach: do Lecznicy Chirurgicznej SS. Elżbietanek w Warszawie i do Zakładu dla Ociemniałych w Laskach pod Warszawą. Projektowane wycieczki: do Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego i Zakładu dla Głuchoniemych odłożono na jesień. PP. Dewiczównie i członkiniom Komisji podziękowano serdecznie za podjęte starania i zorganizowanie wycieczek. — 3) W wolnych wnioskach p. Suffczyńska złożyła bardzo interesującą relację o wycieczce łodzią do Płocka i zachęcała koleżanki do zapisywania się do Klubu Wioślarek. Zebranie zakończono wzajemnemi informacjami o warunkach pobytu w Paryżu, gdzie pielęgniarki Czerwonego Krzyża mają hotel — pensjonat, w którym koleżanki — pielęgniarki mogą za poleceniem Polskiego Czerwonego Krzyża mieć za niską opłatą podczas Wystawy Kolonjalnej mieszkanie wraz z utrzymaniem. Termin powakacyjnego zebrania wyznaczono na dzień 1-go września 1931 roku.

Poznań

ZE STOWARZYSZENIA ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK I HIGJENISTEK W POZNANIU. Zebranie dnia 16-go kwietnia 1931 roku. 1) Odczytanie sprawozdania z poprzedniego zebrania. 2) Nadsyłanie artykułów do „Pielęgniarki". 3) Sprawa mundurów. 4) Zmiany w statucie. 5) Wycieczki. 6) Wolne posady. 7) Wolne wnioski. — 1. Sprawozdanie z poprzedniego zebrania przyjęło bez dyskusji. 2. Redakcja „Pielęgniarki Polskiej" zwraca się z prośbą o nadsyłanie artykułów do numeru specjalnie poświęconego dziecku. — 3. Wymiary i fotografja przepisowego munduru, zostaną podane na następnem zebraniu. — 4. Stowarzyszenie Poznańskie zgłasza cały szereg poprawek do statutu P. S. P. Z. Ożywioną dyskusję wywołała kwestja, czy powinno się przyjmować do Stowarzyszenia absolwentki szkół zagranicznych i czy o tem mogą decydować poszczególne Stowarzyszenia, czy też tylko P. S. P. Z. W sprawie tej zwrócono się o informacje do P. S. P. Z. — 5. Postanowiono zorganizować wycieczkę w dniu 17-go kwietnia do spalarni śmieci, oraz w dniu 21 kwietnia do Zakładu Kanalizacji. — 6. Dr Wędlikowski w Katowicach poszukuje: a) instrumentarki (ginekologiczno-chirurgicznej); b) wyszkolonej położnej; c) siły administracyjnej szpitala na 10—12 łóżek (język francuski wymagany). — Dr Werner w Szczawnicy poszukuje pielęgniarki. Wymagania: znajomość wodolecznictwa, laboratorjum, masaż, pomoc przy rentgenie, praca administracyjna. Chorych 30—35. Warunki: mieszkanie, utrzymanie, wynagrodzenie zależnie od umowy. — 7. Absolwentki, pracujące w Szpitalu Wojskowym proszą o wyjaśnienie ich stosunku do Stowarzyszenia Sióstr P. C. K. Postanowiono zwrócić się do Warszawy o wyjaśnienie tego stosunku i charakteru organizacji Sióstr P. C. K. P. Wilkońska proponuje, aby Stowarzyszenie zgłosiło swe przystąpienie do Organizacji Kobiet. Prosi o wyjaśnienie, czy i co zyskujemy przez należenie do Międzynarodowej Organizacji Pielęgniarek. Zapytanie w tej sprawie również skierowano do Warszawy. Postawiono wniosek, aby kursa dokształcające dla pielęgniarek odbywały się kolejno w Warszawie, Poznaniu i t. p.

Z powodu śmierci w rodzinie p. Jezierskiej oraz p. Karchowskiej Zebranie przesyła obu koleżankom wyrazy współczucia.

ZEBRANIE DNIA 21-go MAJA 1931 ROKU. Porządek dzienny zebrania: 1) Odczytanie protokółu z poprzedniego zebrania. — 2) Wybór przewodniczącej zebrania. 3) Sprawozdanie z pobytu we Lwowie — p. Rudnicka.

1. Na przewodniczącą zebrania z powodu nieobecności przewodniczącej Stowarzyszenia (chora) oraz wiceprzewodniczącej (nieobecna w Poznaniu), wybrano p. Rada-

jewską, dyrektorkę Szkoły. — 2. Protokół z poprzedniego zebrania przyjęto bez dyskusji. 3. P. Rudnicka, która spędziła w kwietniu b. r. trzy tygodnie na praktyce w Klinice Lwowskiej dziecięcej oraz w Lwowskim zakładzie dla niemowląt pod wezwaniem Dzieciątka Jezus, składa sprawozdanie z rodzaju i organizacji pracy pielęgniarskiej w tych zakładach.

Komunikat

Redakcja otrzymała list następujący:

Do Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

Wydział Kobiecy Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość" w Warszawie zwraca się do Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych z następującą prośbą:

Badania lekarskie dowiodły zastraszającego szerzenia się alkoholizmu wśród dzieci i młodzieży szkolnej, jak to zostało stwierdzone również na Kongresie przeciwalkoholowym w Wilnie w grudniu 1930 r. Jest to groźne zjawisko, mogące pociągnąć za sobą zgubne wyniki dla zdrowia fizycznego i psychicznego pokolenia, które z tej młodzieży wyrośnie.

Walkę z innemi, zwyradniającemi czynnikami, jak gruźlicą i kiłą, podejmują poradnie i ośrodki zdrowia, obecnie w liczbie kilkuset; zwalczanie alkoholizmu natomiast jest prowadzone przez nieliczne tylko poradnie. Wydział Kobiecy Towarzystwa „Trzeźwość", mając za zadanie głównie propagandę zwalczania alkoholizmu wśród kobiet, dzieci i młodzieży, prosi Stowarzyszenie, aby zachęciło swoje członkinie do prowadzenia propagandy zwalczania alkoholizmu. Szczególnie pożyteczne byłoby tworzenie na wzór francuskiej organizcji p. n. *„L'espoir du berceau"* kół rodziców przy poradniach, ośrodkach zdrowia, stacjach opieki nad dzieckiem, którzy zobowiązaliby się formalnie, na piśmie do niedawania dzieciom alkoholu.

Zdając sobie sprawę, jak ważną rolę odgrywa pielęgniarka w dziedzinie propagandy haseł zdrowotnych, a szczególnie jak wiele uczynić może pielęgniarka w sprawie tak drażliwej i wymagającej ścisłego współdziałania całej rodziny i zaufania do niej środowiska, mamy nadzieję, że Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych zainteresuje się tą sprawą.

Prosimy również o zamieszczenie tego listu w organie Stowarzyszenia: „PIELĘGNIARKA POLSKA".

Z poważaniem:

Przewodnicząca (—) **Dr M. Skokowska Rudolfowa**; Sekretarka (—) **J. Jachimowiczówna.**

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Adres Redakcji i Administracji:
Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:
Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.
Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara
We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.